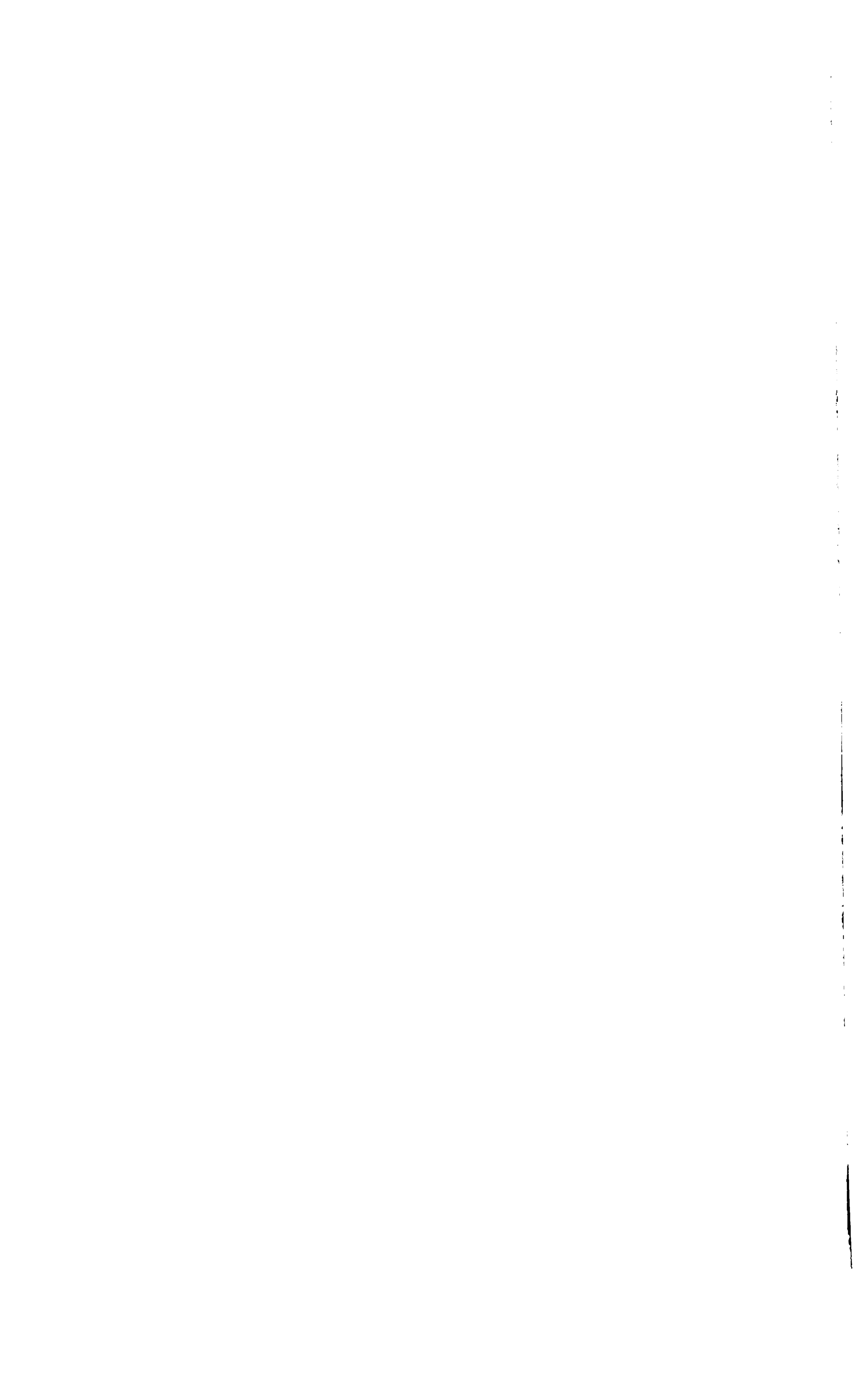
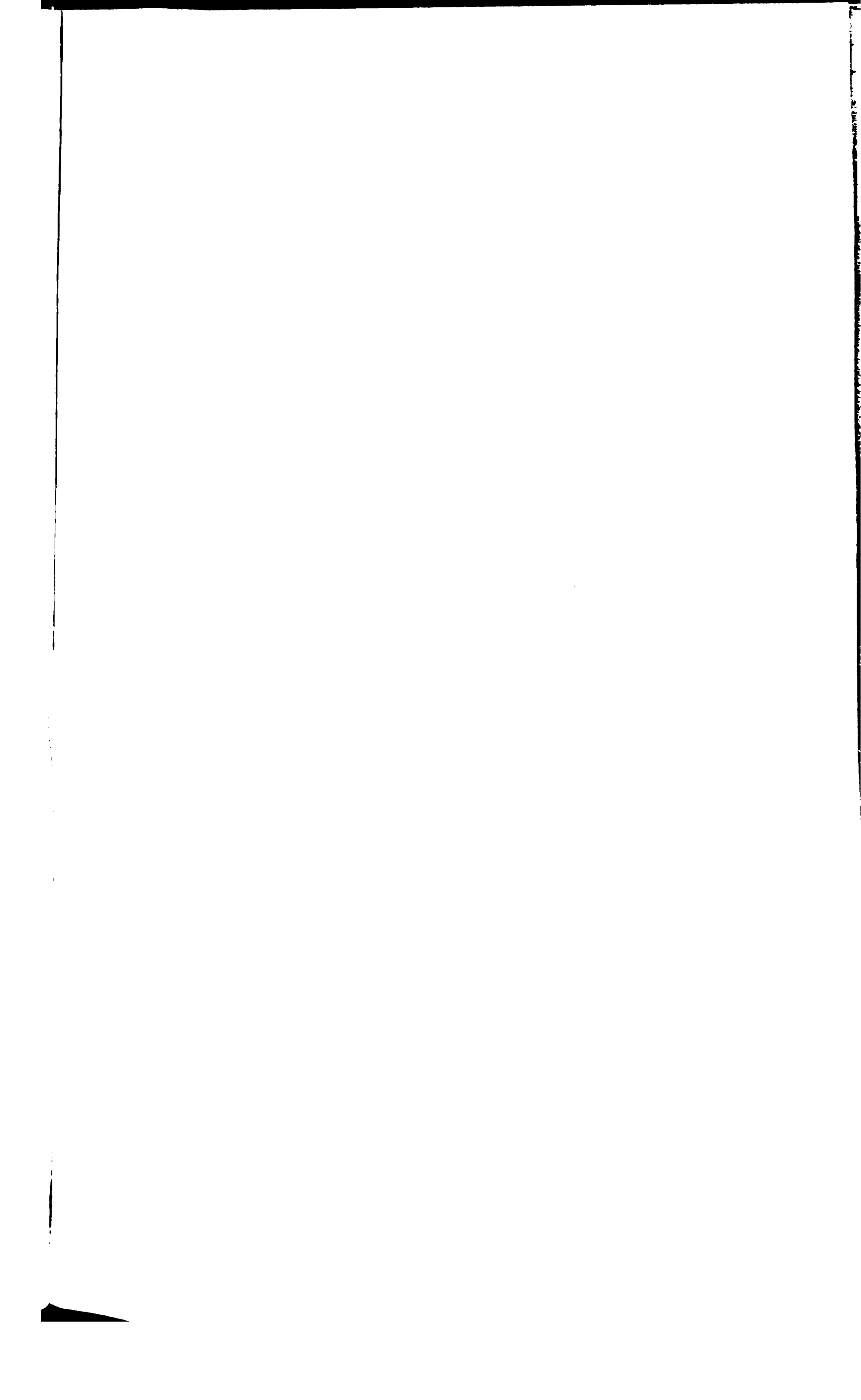

UC-NRLF
B 4 115 294







Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 21563

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 1. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Jänner 1923.

An unsere geehrten Abonnenten!

Diesem Hefte liegen Erlagscheine zur Begleichung des Bezugspreises pro 1923 bei. Wir bitten dringendst, die Einzahlung sofort zu bewerkstelligen, da heutzutage Mahnungen besonders kostspielig sind. In jenen Ländern, in welchen wir kein Postscheckkonto haben (Schweden, Norwegen, Italien, Rumänien, Frankreich, Amerika, England und Finnland), wollen die Abonnenten den Betrag an die betreffenden Banken überweisen, die auf Seite 47 dieses Heftes angegeben sind, oder direkt an uns einsenden.

Für die valutaschwachen Länder mußten die Preise leider erhöht werden, und zwar wird für diese vorläufig das Abonnement nur für das erste Halbjahr 1923 entgegengenommen; hoffentlich gestalten sich die Verhältnisse so, daß der Preis dann für das zweite Halbjahr niedriger bemessen werden kann. Wir betonen, daß mit den Preisen, die für die valutaschwachen Länder berechnet werden, nicht einmal die rohen Herstellungskosten gedeckt sind.

Die Bezugspreise pro 1923 betragen pränumerando portofrei:

Für das erste Halbjahr 1923: Österreich *K* 12.000.—, Deutschland Mark 1000.—, Ungarn ungarische *K* 500.—, Polen polnische Mark 4000.—.

Für 1923 ganzjährig: Tschecho-Slowakei tschechische *K* 30.—, Italien Lire 12.—, SHS. Dinar 40.—, Rumänien Lei 80.—, Schweiz Francs 8.—, Frankreich Francs 10.—, Skandinavien skandinavische *K* 6.—, Holland holländische Gulden 4.—, Amerika Dollar 1½, England und Kolonien Schilling 6.—, Finnland finnische Mark 30.—, Bulgarien Lewa 80.—.

DER VERLAG DER „ARS MEDICI",
Wien IX., Spitalgasse 1 a.

Interne Medizin.

Asthma saturnina.

Thomas Oliver (London) beobachtete einen Patienten, der im 21. Lebensjahre wegen einer Lebensversicherung untersucht und für gesund erklärt worden war, ebenso zehn Jahre später von demselben Autor ohne pathologischen Befund betroffen wurde. 18 Jahre nach der ersten Unter-

suchung trat eine Apizitis mit positivem Tuberkelbefund auf. Bis dahin hatte Patient niemals Asthmaanfälle gehabt. Jetzt traten solche auf, als Patient in einem Sanatorium ein Haarwasser benützte, das nach Angabe des Kranken nur dort erhältlich war. Eine Untersuchung dieses Haarwassers ergab beträchtliche Mengen von Bleisulfid; die Blutprobe zeigte getüpfelte rote Blutkörperchen. Mit Aussetzen des Haarwassers schwanden die Asthmaanfälle, die unabhängig von der Spitzenaffektion sich gezeigt hatten. (Lancet, Oktober 1922.)

In der Diät der Cholelithiasis

sind nach Kelling (Dresden) cholesterinreiche Nahrungsmittel zu vermeiden, weil sie die Ausscheidung des Cholesterins durch die Galle vermehren; hieher gehören Gehirn, Leber und Eier. Da Cholesterin in Verbindung mit Fettsäure als Ester in der Galle vorkommt und Fette mit höherem Schmelzpunkt leichter ausfallen als solche mit niederem, so ist fettes Fleisch zu verbieten und Butter sowie Margarine zu beschränken. Eine Ölkur gegen Gallensteine, die vorzugsweise als Anregungsmittel für den Gallenfluß dienen soll, wird nur bei mageren Kranken vorgenommen, weil hier das Öl entweder als Fettgewebe angesetzt oder verbrannt wird: auch hier sind Öle mit den niedrigsten Schmelzpunkten angezeigt, also Mandelölemulsion, Leinöl und Olivenöl; hingegen empfiehlt es sich nicht, eine Kur mit Sahne zu machen. — Bei fettleibigen Kranken verordnet man Karlsbader Wasser oder Elsterer Salzquelle. Man gibt öftere Mahlzeiten mit Zusatz von magerem Fleisch, das gut galletreibend wirkt, aber von vielen Kranken wegen der Achylie des Magens schlecht vertragen wird. Als Zwischenmahlzeit empfiehlt sich sauer gewordene Magermilch, welche durch ihren Säuregehalt auch galletreibend wirkt. Wegen des Ausfallens von Bilirubinkalk in der Galle ist es nützlich, kalkreiche Nahrung (wie Quark, Käse, Eier, Feigen, Erdbeeren) einzuschränken. Hefepräparate wirken gut auf den Magensaft und auch galletreibend, am besten die entbitterte Hefe, die mit Gemüse, Zucker oder Suppen genommen wird. Entsprechende Fleischgaben wirken auch auf die Ermüdungserscheinungen des Gehirns und auf die Migräneanfälle („Ars Medici" 1922, S. 485) günstig. (Arch. f. Verdauungskr., Bd. 30, H. 3, 1922.)

Eucupinum basicum bei Grippe und Optochinum basicum bei Pneumonie.

Die Nebenwirkungen von Optochinum hydrochloricum, besonders bei falscher Dosierung, haben der Einbürgerung des Optochins und Eukupins in die Therapie geschadet. Sanitätsrat Freund (Berlin) empfiehlt nach reicher Erfahrung warm das Eucupinum basicum bei Grippe. Nur muß es sehr frühzeitig gegeben werden. In Grippezeiten kann man intelligenten Patienten empfehlen, Eucupinum basicum in der Dosis von je 0.25 g vorrätig zu halten, um es bei Grippeerkrankung noch vor dem Eintreffen des Arztes zu nehmen. Meist genügen drei Dosen zu 0.25; mehr als 1 g pro die soll man nicht geben. Auch Kinder nehmen das Mittel mit Zuckerwasser und vertragen es sehr gut in der Dosis von 0.1 g. Eukupin ist ebenso wie Optochin stets auf vollen Magen zu nehmen. — Verfasser selbst litt früher häufig an heftigem Schnupfen; er koupiert diesen jetzt stets durch eine Dosis von Eucupinum basicum 0.2 bis 0.3 am Abend. — Bei Pneumonie gibt ebenfalls sehr frühzeitig nach einem drastischen Purgans Optochinum um 0.3 auf vollen Magen, am besten nach Milch. Mehr als drei solche in 24 Stunden waren nie notwendig. Schädigungen wurden nie betet. (D. m. W. Nr. 43, 1922.)

Fieber bei Magengeschwüren

wird zuweilen beobachtet. Nach Blutungen hat man diese Temperatursteigerungen als Resorptionsfieber aufgefaßt, aber sie kommen auch ohne Blutungen in leichterem Grade vor. Seltener findet sich hohes Fieber mit Schüttelfrösten, welches zu Fehldiagnosen Anlaß geben kann, zumal sein Vorkommen in den Lehrbüchern meist nicht erwähnt wird. E. Müller (Medizinische Universitäts-Poliklinik, Hamburg) beschreibt einen solchen Fall und stellt die Literatur zusammen. Es treten Temperatursteigerungen bis 39° und darüber mit Schüttelfrösten und Leberschwellung auf. Es handelt sich um sekundär infizierte Magengeschwüre; durch die Magenperistaltik werden Keime in die Venen und Lymphgefäße hineingepreßt und führen zu Leberabszessen. Nach der Operation schwand im Falle Müllers das Fieber. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 35, H. 4, 1922.)

Die prompte Wirksamkeit hoher Kampferdosen subkutan gegen Hämoptoe

(s. „Ars Medici" 1917, S. 313 und 1916, S. 196) bestätigt neuerdings M. Weiss (Wien). Auf 6 bis 10 cm³ Ol. camphor. forte (20 bis 25%) subkutan, eventuell wiederholt, stehen auch schwerste Lungenblutungen dauernd, während die Wirksamkeit hypertonischer Salzlösungen (Ca Cl) venös nur 24 Stunden anhält. Der Kampfer entlastet durch Einwirkung auf die Vasokonstriktoren den kleinen Kreislauf, leitet das Blut in die peripheren Gefäße und behebt dadurch die venöse Stauung in der Lunge, die so häufig zu Blutungen führt. Aber auch bei Arrosionsblutungen versagt der Kampfer nicht, wie Zehner (Ztschr. f. Tbc. S. 276, 1920) hervorhebt. (W. m. W. Nr. 42, 1922.)

Über Hunger und Durst bei Gesunden und Kranken

hielt Prof. A. Durig (Wien) einen interessanten Fortbildungsvortrag.

Der physiologische Hunger ist nicht identisch mit Hungergefühl. Vielesser haben schon kurze Zeit nach der Mahlzeit wieder ein Hungergefühl, obwohl bei ihnen sehr viele Reservestoffe vorhanden sind und auch die Zellen genügend Nährmaterial besitzen. Dasselbe findet man bei Achylia gastrica, bei der die Speisen rasch den Magen passieren. Ebenso kann Durstgefühl von der Rachen- oder Mundschleimhaut ausgelöst werden, ohne daß Wassermangel besteht. Anderseits kann Hunger (Mangel in den Zellen) ohne Hungergefühl, ja sogar bei Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme bestehen, z. B. bei Tbc., Anämie usw. Es kann selbst Ernährungsgleichgewicht bestehen, das heißt, im Stoffwechsel halten sich Assimilation und Dissimilation das Gleichgewicht, und dennoch können die Zellen hungern. In der Kriegszeit bestand Kaloriengleichgewicht bei Unterernährung. Der Organismus hatte seinen Stoffwechsel auf den Zustand der Unterernährung eingestellt, wurde aber dadurch namentlich gegen Infektionskrankheiten weniger widerstandsfähig. Wir müssen also sagen, daß Hunger dann vorhanden ist, wenn sich die Körperzellen nicht mehr in einem optimalen Ernährungszustande befinden. Der Zellhunger kann ein allgemeiner oder partieller sein, je nachdem alle oder (auch bei genügender Kalorienzufuhr) nur einer der lebenswichtigen Stoffe den Zellen mangelt, z. B. Eiweiß, Kalk, Vitamine. Dieser Mangel führt zunächst zu latenten und schließlich zu manifesten Störungen, z. B. der Kalkmangel zu Tetanie, Entzündungserscheinungen, Durchfällen. Es kann auch die Zufuhr an allen lebenswichtigen Stoffen ausreichend sein, aber die Abfuhr eines derselben oder aller zu groß. So geht bei Säuglingsdiarrhoe durch die sauren Gärungen, namentlich bei der magnesiumreichen Kohlehydratkost, sehr viel

Kalzium verloren. Milch ist die eisenärmste Kost. Zu lange fortgesetzte Milchdiät (z. B. bei Ulkus) führt zum Eisenhunger, zur Hämoglobinarmut. Ebenso wird ein Säugling an Eisenhunger leiden, dessen Mutter während der Gravidität eisenarm ernährt wurde oder wenn er nicht bald eisenhaltige Beikost erhält.

Hungerqualen bei Fehlen jeder Nahrungszufuhr gibt es nicht. Das Hungergefühl schwindet bald. Wie wenig Hungern Gesunden schadet, haben die Hungerkünstler gezeigt, die erstaunlich lange sich ganz wohl und körperlich rüstig fühlen. Das Versäumte wird sehr rasch wieder eingeholt. Der Hungertod tritt nicht infolge des Fehlens aller, sondern bestimmter Substanzen ein, die wahrscheinlich zur Entgiftung normaler Stoffwechselprodukte nötig sind. Viel schädlicher als eine einmalige intensive Aushungerung ist eine protrahierte Unterernährung, z. B. wenn bei einem Kranken immer wieder Hungerdiät eingeschaltet werden muß. Denn der Wiederersatz erfolgt dann auch bei reichlicher Kost viel langsamer.

Im Kampf der Organe um das verfügbare Nährmaterial entscheidet die Nahrungsgier der am intensivsten arbeitenden Zellen. Die weniger benutzten Organe schmelzen ein. Unterernährte Mütter (Kriegszeit, Tbc. usw.) bringen normalgewichtige Kinder zur Welt. Kalkarme Kost in der Gravidität bedingt keine rachitischen Kinder, vielleicht aber Osteomalazie oder Osteoporose der Mutter. Würde man einem Kind gerade nur so viel zum Essen geben, daß sein Gewicht konstant bleibt, so würde es gleichwohl wachsen, aber immer mägerer werden, der Körper würde sich also selbst aushungern. Die Nahrungsgier der jungen Zelle überwiegt. Will man Eiweiß-(Muskel-)ansatz erzielen, so muß man durch Arbeit die Nahrungsgier der Muskelzellen erhöhen. Nahrungszufuhr ist nutzlos, wenn die Zellen kein Fixierungsvermögen für Nährstoffe haben.

Der Hungernde verbraucht pro Kilogramm Körpergewicht genau so viel Kalorien wie bei Normalkost; er erspart nur insofern, daß er die Nahrung besser ausnützt. Normalerweise gibt es auch keinen Luxuskonsum; der Umsatz pro Kilogramm Körpergewicht kann durch vermehrte Zufuhr nicht gesteigert werden.

Durch Eiweißhunger wird das Vermögen der Zellen, Kalk und andere wichtige Stoffe zu fixieren, gehemmt und die Widerstandskraft des Organismus gegen Infektionskrankheiten herabgesetzt. 100 bis 120 g Eiweiß gelten als Norm; Rekonvaleszente vertragen bis 160 g täglich.

Fett ist praktisch unentbehrlich, wenngleich der Körper aus den Kohlehydraten sich selbst Fett aufbauen kann. Fettfrei ernährte Schweine bleiben im Wachstum zurück. Die verschiedenen Fette sind nicht gleichwertig. Oleum-Margarine wirkt wachstumsfördernd, Lebertran fördert den Kalkansatz, Schweinefett besitzt diese Eigenschaften nicht. Die Erscheinungen der Osteomalazie und Osteoporose waren am stärksten zu der Zeit, wo die Fettzufuhr am geringsten war.

Der Körper kann sich umgekehrt auch aus Fett Kohlehydrate aufbauen. Notfalls, z. B. bei schwerer Arbeit ohne Nahrungszufuhr wird hiezu sogar das Körpereiweiß herangezogen. Denn der Organismus hält mit Zähigkeit an dem auf 0.1% eingestellten Blutzuckerspiegel fest. Heute werden selbst Diabetikern Kohlehydrate verabfolgt.

Die Salze befinden sich im Körper in einem gewissen Gleichgewicht. Bei einseitiger Kost wird dieses Mischungsverhältnis verschoben. Bei Unterernährung kann Natriumchlorid zu Ödemen in den Geweben führen. Das Kalzium erhöht die Kontraktilität des Herzens, Kalium und Magnesium erschlaffen es. Fehlen des Kalziumions führt zu erhöhter Nervenerregbarkeit usw. (W. m. W. Nr. 40, 1922.)

Influenza und Lungentuberkulose.

Der landläufigen Ansicht, daß Lungentuberkulöse für eine Influenzainfektion weniger empfänglich seien als Gesunde, und daß bei solchen Kranken die Influenza sogar milder verlaufe, kann Stenström (Lund) auf Grund genauerer Nachforschung nicht beipflichten. Tuberkulöse und Gesunde wurden bei Epidemien etwa im gleichen Verhältnis von Influenza ergriffen. Bei mehr vorgeschrittenen Fällen von manifester Lungentuberkulose bedeutet die Influenza stets eine hohe Lebensgefahr für den Kranken; tritt Pneumonie hinzu, so ist er meist verloren. Bei leichteren Fällen von Tbc. kann Heilung ohne Nachwirkungen erfolgen; doch tritt auch hier oft Verschlimmerung des tuberkulösen Leidens ein. Dagegen kann bei zuvor gesunden Menschen, die den Keim der Tbc. in sich tragen, durch Influenza leicht die Tuberkulose manifest werden, und zwar nicht selten eine Tuberkulose von bösartigem Charakter. (Beitr. z. Kl. d. Tbc., Bd. 53, H. 1, 1922.)

Malaria. — Chininkur nach Ochsner.

Da bei den gebräuchlichen schematischen Kuren zu viel Chinin einverleibt wird, das oft die Entwicklung chininempfindlicher Generationsformen nur hemmt, so daß die resistenteren, schwerer angreifbaren Gameten übrig bleiben, versuchte Dozent Glaessner im Rainer-Spital in Wien in 77 schweren Malariafällen aller Formen (zum Teil Mischinfektionen), bei denen die üblichen Chinin- und Salvarsankuren erfolglos geblieben waren, die vom Amerikaner Ochsner angegebene intermittierende Chinintherapie. Am Abend des nächsten Fieberanstieges erhielt Patient 30 g Rizinusöl, an den nächsten zwei Tagen zweistündlich auch nachts je 0.15 Chin. sulf. mit einer Tasse Tee bei fleischfreier Diät (Milch- und Mehlspeisen, Gemüse). Dann folgten acht Tage ohne Chinin bei normaler Kost, hierauf am neunten und zehnten Tag wieder Rizinusöl und dieselbe Kur wie oben. War die Milz nicht zurückgegangen, waren Parasiten im Blut noch nachweisbar oder gar innerhalb der Kur ein neuerlicher Anfall aufgetreten, so wurde dieselbe nach Ablauf von neuerlich acht Tagen eventuell mehrmals wiederholt. In 56 Fällen (also fast 80%) genügte die einmalige Kur (vier Behandlungstage mit acht Tagen Intervall), in den übrigen mußte sie zwei- bis dreimal bis zur Heilung wiederholt werden. Nur 2 von 20 Tropikafällen verloren ihre Gameten nicht. (Wiener Arch. f. i. Med., Bd. V, H. 1, 1922.)

Neurologie und Psychiatrie.

Chlorylen innerlich bei Trigeminusneuralgie.

Die gute Wirkung des von Plessner in die Therapie eingeführten Chlorylens gegen Trigeminusneuralgie („Ars Medici“ 1921, S. 155) ist allgemein anerkannt. Doch ist naturgemäß die Dosierung bei der Inhalation des Mittels ungenau, worauf wohl mancher Mißerfolg der Behandlung zurückzuführen sein dürfte. Neuerdings stellt nun die Chemische Fabrik Kahlbaum in Berlin zum internen Gebrauch Gelatineperlen zu 0.25 Chlorylen her, welche sich im Dünndarm lösen. Prof. Seelert (Nervenklinik, Charité, Berlin) hat seit einem Jahre die interne Chlorylentherapie an 25 Kranken mit gutem Erfolge erprobt. Er empfiehlt als Dosis dreimal täglich zwei bis drei Chlorylenperlen. Besserungen traten fast in allen Fällen, Heilungen für immer mehrmals ein. Bei chronischen Fällen muß

man natürlich längere Zeit fortbehandeln, auch wenn der Erfolg der Therapie schon einen erträglichen Zustand geschaffen hat. Einzelne Kranke hatten nach Einnahme der Perlen Aufstoßen, zweimal wurde das Mittel erbrochen; manche reagieren auf das Medikament mit leicht rauschartigem Gefühl und gutem Schlaf, der ja bei Trigeminusneuralgie nicht unerwünscht ist. Sonst wurden keine unangenehmen Nebenwirkungen beobachtet. (Klin. Wschr. Nr. 45, 1922.)

Zur Symptomatologie der multiplen Sklerose.

Schon seit langem hat sich die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß das von Charcot aufgestellte sogenannte „klassische Bild" der multiplen Sklerose in seiner Gesamtheit (Nystagmus, skandierende Sprache, Intentionstremor, spastische Paraparese der Beine) sich meist erst in weit vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung findet. Man kann die Diagnose praktisch meist viel früher stellen. Böhmig stellt aus der Nonneschen Abteilung in Hamburg 155 Fälle zusammen, in diesen fand sich

Areflexie der Bauchdecken	in 65%	der Fälle
Spastische Symptome der unteren Extremitäten	„ 60%	„ „
Nystagmus	„ 47%	„ „
Intentionstremor	„ 30%	„ „
Temporale Abblassung der Papille	„ 29%	„ „
Parästhesien	„ 16%	„ „
Skandierende Sprache	„ 9%	„ „
Psychische Alterationen	„ 2%	„ „

Das ausgeprägte klassische Bild fand sich nur in 9% der Fälle. Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß die Diagnose „multiple Sklerose" — falls Lues ausgeschlossen ist — bereits als gesichert gelten kann, wenn außer spastischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten und Fehlen sämtlicher Bauchdeckenreflexe noch ein weiteres Krankheitssymptom am Zentralnervensystem nachweisbar ist. Als sehr wahrscheinlich muß die Diagnose schon gelten, wenn zu dem Vorhandensein von zwei beliebigen Kardinalsymptomen noch ein drittes Krankheitssymptom am Zentralnervensystem tritt. (D. Ztschr. f. Nervenh., Bd. 75, H. 1/3, 1922.)

Bei der Therapie der Paralyse und Tabes

hat Prof. Hauptmann (Freiburg) von der Rekurrensbehandlung nach Plaut und Steiner gute Erfolge gesehen. Die Wirkung scheint nicht durch das Fieber herbeigeführt zu werden, sondern durch die Bildung von Immunkörpern gegen die Rekurrensspirochäten, welche auch die Syphilisspirochäten zu schädigen vermögen. Ähnlich dürfte die Wirkung der Malariabehandlung nach Wagner-Jauregg („Ars Medici" 1922, S. 133) zu erklären sein. Bei dieser Art der Behandlung mit der Pallida verwandten Spirochäten schwanden vor allem die Euphorie und die Größenideen, während Gedächtnisschwäche und Urteilslosigkeit bestehen blieben. Es deutet das vielleicht darauf hin, daß die erstgenannten beiden Erscheinungen auf funktionell toxische Störungen zurückzuführen sind, die letztgenannten Symptome jedoch auf dauernden Ausfall von zerstörter Nervensubstanz. (Klin. Wschr. Nr. 43, 1922.)

Zur Behandlung des Stotterns.

L. Stein warnt vor dem Versuch, einen Stotterer die fehlerhaft ausgesprochenen Worte solange wiederholen zu lassen, bis er sie richtig aussprechen würde. Dieses durchaus fehlerhafte Verfahren führte bei einem dreijährigen Kinde dazu, daß das klonische Stottern in kurzer Zeit einen

deutlichen Tonus aufwies, wie er unbehandelt erst nach Jahren auftritt. Das Richtige ist, mit dem Stotterer nur langsam zu sprechen und jegliche Korrektur zu unterlassen. (W. kl. W. Nr. 20, 1922.)

Chirurgie und Orthopädie.

Essigsaure Tonerde — Anwendung und Gefahren.

Speck (Dresden) beobachtete in der letzten Zeit drei Fälle von Hautentzündung, Blasenbildung und sogar Nekrose des Fingerendgliedes nach wahlloser Anwendung von essigsaurer Tonerde in nicht näher zu ermittelnder Verdünnung. Er vermutet sogar, daß die in den letzten Jahren veröffentlichten Beobachtungen von vereinzelt aufgetretenem trockenem Brand bei Panaritien („Ars Medici" 1920, S. 393) ebenfalls auf solche Weise entstanden sein dürften, da sonst bei Tausenden schwerer Panaritien trockener Brand nicht beobachtet zu werden pflegt. Es dürfte sich um zu starke adstringierende Wirkung der e. T. bei empfindlichen Gefäßen handeln, durch welche vollkommener Zirkulationsverschluß erzeugt wird. Ähnliches ist ja von Umschlägen mit Karbol und Lysol auch in schwacher Verdünnung bei offenen Wunden schon bekannt. Ferner fand Stark, daß an Patienten, die wegen Karzinom mit therapeutischen Röntgendosen behandelt worden waren, selbst die geringsten, oberflächlichen Hauterosionen, sobald sie mit e. T. verbunden waren, zu großen, schwer heilenden Geschwüren ausarteten.

Die offizinelle e. T. (Liquor Burowi) ist eine etwa 8%ige Lösung von basischem Aluminiumazetat. Sie wirkt schwach desinfizierend, aber ihre adstringierende Wirkung gerbt die Haut und die Gewebe und schützt sie vor dem Einwandern der Bakterien; auch hindert sie die Granulationen an zu üppigem Wuchern. Das Mittel ist daher zu feuchten Verbänden, die ja viele Vorzüge haben, sehr geeignet und fast nicht zu entbehren. Nur ist zu fordern, daß die offizinelle e. T. in vier- bis achtfacher Verdünnung angewendet werde. Dauerndes Baden oder ununterbrochene Umschläge mit e. T. (besonders nicht genau bekannter Konzentration) sind zu widerraten; das Publikum ist vor dieser Art des Gebrauches zu warnen. Für diese Fälle eignen sich Seifenwasser oder Kamillenabkochung als Hausmittel. Bei Kranken mit bereits vorhandenen Veränderungen am Gefäßsystem (Herzleiden, Atherosklerose, Varizen, mit Röntgen oder Radium bestrahlte Gebiete) ist besondere Vorsicht am Platze; man wähle hier ein nicht adstringierendes Antiseptikum oder verzichte ganz auf feuchten Verband.

Der feuchte Verband mit oder ohne e. T. soll bei offenen Wunden oder Geschwüren stets ohne wasserdicht abschließende Schicht angewendet werden, da sonst seine absaugende Wirkung aufgehoben wird; wegen der raschen Verdunstung ist es nötig, diese Verbände öfters zu erneuern oder neu anzufeuchten. Wenn es dagegen bei nicht eröffneten Krankheitsherden erwünscht ist, durch feuchte Wärme hyperämisierend und dadurch resorptionsbeschleunigend zu wirken, dann ist ein Abschluß mit Billroth-Batist, Guttaperchapapier u. dgl. am Platze. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., Bd. 127, H. 2, 1922.)

Euphyllin erhöht die Blutgerinnung.

Es war schon bekannt, daß Euphyllin (Theophyllin-Äthyldiamin, Chemische Fabrik Dr. Byk, Berlin-Lehnitz) bei intravenöser Injektion die

Blutgerinnung sehr stark beschleunigt. Addicks (Poliklinik, Rostock) fand nun, daß auch bei oraler Verabreichung von ein bis vier Euphyllin-Tabletten zu 0.1g die Blutgerinnung in 75% der Fälle nach etwa sechs bis sieben Stunden verstärkt wird, und daß diese Wirkung nach 20 bis 24 Stunden abklingt. Der Beschleunigung folgt allerdings am nächsten Tage eine leichte Hemmung der Gerinnung. Bei Morbus Werlhofi und Hämophilie waren die Erfolge von Euphyllin oral gleich denen von Serum, Kochsalz, Gelatine usw. Intravenöse Injektion von Euphyllin übertrifft sogar die erwähnten Mittel an Dauerwirkung. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 140, H. 1/2, 1922.)

Die konservative Saugtherapie nach Bier bei großen prolabierten Hämorrhoidalknoten

wird von P. Bonheim (Hamburg) sehr gelobt; Bettruhe, Bitterwasser, milde, sehr knappe Kost, Morphium; dreimal täglich Aufsetzen eines Bierschen Saugglases über das prolabierte Knotenkonvolut durch je dreimal fünf Minuten mit Pausen von einer Minute; in der saugfreien Zeit heiße Breiumschläge zum Erhalten des Ödems, das die Ernährung der Knoten beeinträchtigt. Nach 10 bis 14 Tagen sind die inneren Knoten geschwunden, die äußeren geschrumpft, die Stauung im Hämorrhoidalgeflecht dauernd beseitigt. Die Schmerzen (Morphium!) schwinden in einigen Tagen. (M. Kl. Nr. 46, 1922.)

Magenresektionen im hohen Alter

ergeben, wie Prof. H. Finsterer (Wien) nachweist, fast ebenso gute Resultate wie bei jungen Leuten. Insbesondere können die so gefürchteten Lungenkomplikationen vermieden werden. Beim Karzinom ist die Aussicht auf Dauerheilung sogar günstiger, da der Tumor bei alten Leuten meist lokalisiert bleibt und sehr selten zu Metastasen führt. Bei 39 einfachen Magenresektionen wegen Ca in hohem Alter hatte Finsterer nur vier Todesfälle (= 10.2% Mortalität). In Lokalanästhesie kann jedes Ca ohne Rücksicht auf Alter, Kachexie, Herz- oder Lungenkomplikationen operiert werden. Sind hochgradige Stenosen vorhanden, so kann auch bei inoperablem Ca durch eine einfache Gastroenterostomie wenigstens Erleichterung verschafft werden.

Beim Ulcus ventriculi soll wegen der im Alter durchaus nicht seltenen malignen Degeneration, wenn irgend möglich, reseziert werden. Unter 34 Resektionen wegen Ulkus im Alter von 60 bis 76 Jahren hatte Finsterer überhaupt keinen Todesfall! Hingegen ist die maligne Degeneration eines Ulcus duodeni außerordentlich selten, weshalb hier auch die Gastroenterostomie (10 cm breit) recht befriedigende Dauerresultate ergibt, wenn Patient eine gewisse Diät einhält.

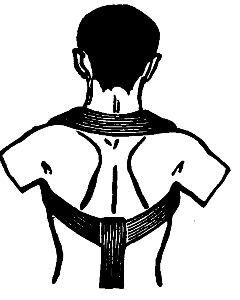
Diese guten Resultate sind darauf zurückzuführen, daß in Leitungsanästhesie ohne tiefe Allgemeinnarkose operiert wird. Nur einigemal mußte etwas Äther zu Hilfe genommen werden. Einen besonderen Fortschritt bedeutet die Splanchnikusanästhesie nach Braun, wobei man bei offener Bauchhöhle bis 70 cm³ einer ½%igen (bei hochgradiger Kachexie ¼%) Novokainlösung auf den letzten Brustwirbel injiziert (unter Leitung des Zeigefingers — Ref.). Die dadurch erzielte komplette Anästhesie des Peritoneums und auch der hinteren Bauchdecken ermöglicht vollständig schmerzlose Resektion auch von Ulcera, die ins Pankreas penetriert sind. (M. m. W. Nr. 41, 1922.)

Milzbrandsepsis — Argochrom (Merck).

Baumann (Wattwil) war die elektive Wirkung des Methylenblausilbers auf die Milzbrandbazillen aufgefallen. Er versuchte daher bei zwei Fällen von allgemeiner Sepsis nach Anthrax das Argochrom, von dem er ein- bis zweimal 0.2 g in 20 cm³ Flüssigkeit intravenös injizierte. Beide nach dem allgemeinen klinischen Bilde schon fast sicher verlorenen Fälle kamen zur Heilung. (Klin. Wschr. Nr. 50, 1922.)

Schlüsselbeinbruch — Verband.

Nach dem Prinzip Borchgrevinks hat Prof. Vidakovits (Szeged) einen noch einfacheren Verband für Brüche der Klavikula ersonnen. Es wird einfach ein Gummidrainrohr mit Watte und Flanell umwickelt, um Nacken und Schultern geschlungen und rückwärts fest geknüpft. Um Druck auf Nerven und Gefäße der Axilla zu vermeiden, wird der Verband an dem hinteren Teil der Beinkleider fixiert, so daß der Zug nach unten die Axilla entlastet. Wenn die Schulter durch diesen Verband nicht genügend gehoben wird, so kann man auf der kranken Seite noch eine Mitella tragen lassen. Dieser einfachste Verband führt zu idealer Heilung. Vom ersten Augenblick an können Arm und Schulter frei bewegt werden, oft ist die Berufsfähigkeit gar nicht gestört. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 42, 1922.)



Zur Diagnose und Therapie des statischen Plattfußes

bringt Fenkner (Sprottau) eine breite illustrierte Abhandlung, deren Lektüre für den Orthopäden von besonderem Interesse ist. Nach genauer Darstellung des Baues des normalen Fußgewölbes werden die Ursachen und das Entstehen des Plattfußes besprochen und mit statistischen Daten belegt. Der ausgebildete Plattfuß zeigt unter dem inneren Malleolus eine oder zwei Vorwölbungen, die vom Os naviculare und vom Kopf des Talus gebildet werden. Der ganze Fuß ist breiter, flacher und länger als ein normaler. Von hinten betrachtet sieht man den Haken (Calcaneus) deutlich nach außen gerichtet. Der Innenrand der Achillessehne trifft, nach abwärts verlängert, den inneren Fußrand; der Außenrand der Sehne tritt besonders deutlich hervor. Die Vorwölbung des Kalkaneushalses bildet den tiefsten Punkt des Fußskelettes. Die beginnenden Fälle mit noch erhaltenem Fußgewölbe, das aber bereits nach der medialen Seite sich zu neigen beginnt, zeigen einen noch normalen Sohlenabdruck, von rückwärts aber die beginnende laterale Abweichung des Hakens, zum mindesten das Vorspringen des Außenrandes der Achillessehne. Eine Vorwölbung des Talus und Navikulare ist noch kaum nachweisbar und läßt sich jedenfalls durch willkürliches Supinieren des Fußes verdecken. Der Kalkaneus verläuft nicht mehr schräg nach oben, sondern schon mehr wagrecht, so daß eventuell der Hals schon vorgewölbt ist. Patient ermüdet rasch und klagt über Schmerzen in der Fußsohle, auf dem Spann und im Haken, besonders beim Stehen. Beim entzündlichen Plattfuß ist der Mittelfuß geschwellt, gerötet und durch Muskelkontrakturen unbeweglich fixiert.

Das Wesen des Plattfußes ist im Ausweichen und Umkippen des Kalkaneus nach lateral zu suchen, die erste Aufgabe der Therapie somit, den

Kalkaneus wieder nach medial hin aufzurichten und ihn in Supination zu erhalten. Die gewöhnlichen Einlagen sind durchaus fehlerhaft. Sie sollen den Innenrand des Fußes heben und das Fußgewölbe stützen, nützen aber gar nichts. Üben sie wirklich eine Stütze aus, so drücken sie, meist gleitet aber der Fuß nach außen ab oder drückt die gerade in der Mitte dünne Schuhsohle nach unten durch (Zit. nach Nasse). Um die Zugrichtung für die das Fußgewölbe erhaltenden Muskeln zu verbessern und ihre Kraft zu schonen, die als einzig noch vorhandenes Mittel zur Erhaltung des Fußgewölbes übrig bleibt, ist es am besten, den Haken auch zu erhöhen. Also keine Einlage, sondern eine Schiene, die den Kalkaneus in leichter Supination bei um etwa 2 cm erhöhtem Haken festhält! Natürlich darf die Erhöhung nicht so weit gehen, daß der Fuß auf seiner Unterlage nach vorne abgleitet. Zuvor muß der Plattfuß durch Bäder und tägliche Massage wieder mobilisiert werden, der entzündliche Plattfuß durch hydrotherapeutische Maßnahmen. Notfalls muß man in Narkose auch gewaltsam einrichten und den nun beweglichen Fuß auf drei bis vier Wochen in leichter Supination und mit einem durch Herabdrücken des Großzehenballens wieder hergestellten Fußgewölbe eingipsen. Hierauf aktive Übungen, Gehen auf der äußeren Fußkante, auf den Zehen mit einwärts gestelltem Fuße, Radfahren, Heben und Senken auf den Fußspitzen. Stehen mit auswärts gerichteten Fußspitzen ist zu vermeiden. Die Schiene ist so konstruiert, daß sie den Kalkaneus möglichst hoch umgreift und fixiert und unter dem Fuße bis zum Großzehenballen reicht, indem sie sich dem Fußgewölbe anschließt. Eine ähnliche Schiene aus Zelluloid-Stahldraht hat Lange konstruiert, doch sollte sie den Haken höher hinauf umgreifen, um ihn besser zu fixieren. Läßt man, wie üblich, zur Herstellung einer Plattfußeinlage in eine Gipsmasse treten, so beibt die falsche Stellung des Kalkaneus unberücksichtigt. Beim Gipsabdruck muß der Fuß in leichte Supination gebracht und der Großzehenballen gesenkt werden. Die Schiene kann in den Schuh eingebaut sein und soll Schuhsohle und Hakenkappe miteinander fixieren und den Kalkaneus so umgreifen, daß er seitlich nicht abweichen kann. Bei bereits erforderlicher Korrektur Erhöhung des Hakens und des inneren Randes der Hakensohle. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 9, 1922.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Technik der Dammrißnaht

gibt H. Strube (Berlin-Moabit) einige praktische Winke: Aus Scheu vor einer Verletzung des Mastdarmes versäumt oft der Ungeübte, den tiefsten Punkt der Wunde bei der Naht mitzufassen. Man schützt den Mastdarm am besten dadurch, daß man in ihn einen möglichst großen Hegarschen Metalldilatator einführt, über welchem sich der Dammriß übersichtlich. bequem und exakt vereinigen läßt. Auch ein Mastdarmriß ist so am leichtesten zu nähen. Ebenso schützt man die Harnröhre beim Vernähen blutender Klitorisriße durch Einführen eines Metallkatheters. Durch Einführen irgend eines Suppositoriums in den After kann man leicht erkennen, ob der Sphincter ani intakt geblieben ist. Das Zäpfchen wird nur soweit eingeführt, daß seine Basis wie eine Platte eben noch aus dem After herausschaut: Fährt das Zäpfchen wie ein Geschoß zurück, so ist der Sphincter ani unverletzt geblieben; bleibt es ruhig liegen, so ist nur der Sphincter

internus auseinandergewichen; ist der After außen eingerissen und schlüpft das etwas tiefer hineingeschobene Zäpfchen in den Darm hinein, so ist der Sphincter internus intakt und nur der externus zerrissen. (M. Kl. Nr. 45, 1922.)

Zur Entspannung der Bauchdecken bei der gynäkologischen Untersuchung

führt Hirsch einen dicken Hegarstift ins Rektum ein und fordert die Patienten auf, den Sphinkter möglichst stark zu kontrahieren, wie wenn eine Stuhlentleerung verhütet werden sollte. (M. m. W. Nr. 36, 1921.)

Über Myome und ihre Behandlung durch den Praktiker

hielt Fuhrmann (Köln) einen Fortbildungsvortrag.

Die typische Anamnese ergibt, daß trotz der Wechseljahre die Periode nicht aufgehört habe, sondern sogar verstärkt und verlängert, etwa 14 Tage anhaltend, aber regelmäßig (Menorrhagie) auftrete. Dabei Unbehaglichkeit im Leib, Parästhesien in einem Bein, wässeriger Ausfluß. Menorrhagien können verursacht sein durch Endometritis post partum, Adnexerkrankung, Schleimhautpolypen im Uterus oder durch ein Myom. Die digitale oder die nicht zu unterlassende rektale Palpation ergibt einen rundlichen, knorpelharten, aus der Uteruswand herausstehenden Knoten (subseröses Myom.). Beim submukösen Myom bestehen oft auch Metrorrhagien und ergibt die Inspektion der Portio während der Menstruation einen geöffneten Muttermund (Ektropium) und der eingeführte Finger trifft auf die Geschwulst. Der Uterus ist insbesondere beim interstitiellen oder Wandmyom vergrößert, hart, unregelmäßig, aus der Form und Lage gebracht. Beim gestielten subserösen Myom kann es wie beim Ovarialkystom zur Stieldrehung mit ihren Alarmsymptomen (akute Peritonitis, Laparatomie) kommen. Die Raumbeengung im kleinen Becken äußert sich bei größeren Myomen in Leibschmerzen, Verstopfung (oft mit Durchfall abwechselnd), Harnträufeln, Blutstauung (Varizen, Hämorrhoiden, Beinödem usw.), Schmerzen und Parästhesien durch Nervendruck. Man beachte besonders die Myomtrias: Blutung, Schmerz und Raumnot. Es kommt schließlich zu Anämie, Siechtum, Tachykardie, Herzschwäche (Myomherz! Narkosegefahr!). Das Myom kann fettig, bindegewebig oder kalkig degenerieren und dabei kleiner und sogar resorbiert, bzw. als Ureterstein ausgestoßen werden (Selbstheilung). Es kann aber auch myxomatös degenerieren und zu einem Riesentumor (Kystofibrom) auswachsen oder infiziert werden, vereitern und zur Peritonitis führen.

Bei Graviden pflegt das Myom in der ersten Hälfte der Schwangerschaft diagnostiziert, die Gravidität aber übersehen zu werden, in der zweiten Hälfte ist es umgekehrt (Küstner). Davor schützt die kombinierte, vaginale und rektale Untersuchung, eventuell in Narkose nach Entleerung von Blase und Mastdarm. Der Verdacht wird erweckt durch Weiterbestehen der Regel, Druck- und Verdrängungssymptome. Mehrgebärende fühlen, daß „es anders ist, wie bei ihren früheren Schwangerschaften". Abortus ist nicht selten. Die Nachgeburt kann zu einer stürmischen atonischen Blutung führen. In der Gravidität neigen die Myome zum Wachsen, im Wochenbett zur Resorption bis zum völligen Schwinden.

Bei noch Gebärfähigen strebt die Röntgentherapie heute zwar nur temporäre Sterilisation an und in deren Folge bindegewebige Schrumpfung des Myoms, doch ist mit Rücksicht auf die noch unsichere Dosierung die operative Entfernung des Myoms vorzuziehen. Allerdings beträgt die Mortalität der Myomoperation (einschließlich Herztod und Lungenembolie) immer noch 5%. Im klimakterischen Alter ist hingegen die Röntgensterili-

sation indiziert (Mortalität Null), vorausgesetzt, daß das Myom nicht infiziert ist (Fieber!) und daß es nicht submukös sitzt.

Für gewöhnlich kommt der Praktiker zunächst mit Mutterkorn- oder Tenosingaben (billiger), später mit Abrasio (jedoch nicht bei submukösem Myom!) aus und bringt damit die Vierzigerin in die allerdings hinausgeschobene Menopause, in der das Myom meist bindegewebig einschrumpft.

Zu einem Ruf um sofortige ärztliche Hilfe kann die Geburt eines submukösen Myoms veranlassen. Liegt ein einfacher Polyp vor, so ist die Situation klar. Ein größeres, zur Scheide heraushängendes Myom kann aber auch einen Teil der Uteruswand eingestülpt und mit sich gezogen haben oder wie ein invertierter Uterus aussehen. Dann muß man vor allem eventuell in Narkose nach Katheterismus rektal die Lage des Uterus feststellen und nach einem Inversionstrichter fahnden. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 10, 1922.)

Die rektale Untersuchung in der Geburtshilfe

scheint immer mehr Anhänger zu finden. Während manche Autoren ihren Wert noch gering schätzen, schreibt z. B. Kehrer (M. m. W. 1921), daß „sich mit rektaler Untersuchung jede normale Geburt leiten und jede pathologische diagnostizieren lasse". Der Praktiker sollte jedenfalls die rektale Untersuchung üben und beherrschen. In allen Fällen, wo die äußere Untersuchung nicht genügt, sollte er durch die rektale Klarheit zu gewinnen suchen und erst, wenn das nicht gelingt, vaginal eingehen. Man muß auch bedenken, daß viele Untersuchungen in der Praxis erfolgen, um den ungefähren Zeitpunkt der Austreibung beurteilen zu können, um zu wissen, ob der Arzt sich noch entfernen kann usw. Das läßt sich dem Wesen der Praxis nach nicht vermeiden. Da es nun dem Arzt widerstreben soll, aus so äußerlichen Gründen die Gebärende zu gefährden, ist die rektale Untersuchung berufen, hier einzutreten, da auch bei wiederholter rektaler Exploration die Infektionsgefahr gleich Null ist. Zudem entfällt die zeitraubende Desinfektion; man untersucht ohne eigene Waschung mit dem Fingerling und mit steriler Watteschürze für die Hand.

Wichtig ist es zu wissen, in welchen Punkten sich der rektal erhobene Befund von dem vaginalen unterscheidet. Das sind nach Dozent Traugott (Frankfurt) folgende:

1. Bei der rektalen Untersuchung gelangt der Finger viel höher an dem vorangehenden Teil der Frucht hinauf; bei vaginaler Untersuchung setzt das Scheidengewölbe dem tuschierenden Finger Grenzen, und das Eingehen in den Muttermund ist wegen Gefahr der Infektion oder der Blasenverletzung verboten.

2. Die rektale Untersuchung nimmt man am besten zunächst auf der Höhe der Wehe vor; die Schmerzhaftigkeit ist dann geringer. Man kann dann leicht feststellen, ob die Blase noch steht, und den Grad der Eröffnung der Weichteile erkennen. Die Gefahr der Blasenverletzung durch den Fingernagel fällt fort, da Darmwand und Vaginalschleimhaut dazwischen liegen. Will man bei stehender Blase dann den vorliegenden Teil abtasten, so muß man natürlich die Wehenpause abwarten. — Steht die Blase nicht mehr, so konstatiert man in der Wehe außer der Größe des Muttermundes auch die in der Wehe erfolgende Drehung der Pfeilnaht. Dies kann bei jeder Geburt, insbesondere aber bei Deflexionslagen, für die Geburtsleitung von einschneidender Bedeutung sein. Der wirkliche Stand der Geburt kann so nur bei der Untersuchung auf der Höhe der Wehe erkannt werden, was ja selbstverständlich ist, da in der Wehen-

pause ein Teil des erreichten Effektes wieder rückgängig gemacht wird. Die Indikation zu einer geburtshilflichen Operation (Frage des Zangengerechtsstandes des Kopfes) kann also eigentlich nur bei Untersuchung auf der Höhe der Wehe gestellt werden. Da nun solche Untersuchung in der Wehe per vaginam verboten ist, empfiehlt sich stets die rektale Exploration. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 41, 1922.)

Septischer Abort, Puerperalfieber, kryptogenetische Sepsis — Trypaflavin venös.

Im Krankenhaus Prof. Klieneberger in Zittau bewährte sich nach Schneider zur venösen Therapie am besten das Trypaflavin in 1 bis 2%iger Lösung, 10 bis 40 cm³ pro dosi. Schon nach wenigen Injektionen sank wiederholt in nicht allzuschweren Fällen das Fieber ab, zuweilen konnte durch rechtzeitige Injektion der Fieberanstieg prompt kupiert werden.

Beim septischen Abort war das aktive Vorgehen am vorteilhaftesten: Digitale Ausräumung in Narkose, eventuell nach Erweiterung der Zervix mit Hegarstiften, anschließend leichtes Kürettement mit breiter Kürette, hierauf Uterusspülung mit warmer Lysoformlösung. (M. Kl. Nr. 39, 1922.)

Saugglockenbehandlung bei chronischer Gonorrhoe des Weibes.

Prof. Matzenauer und H. Weitgasser (Dermatologische Klinik, Graz) empfehlen zur Therapie der chronischen Zervikalgonorrhoe und Endometritis, bei welchen eine intrauterine Behandlung mit ätzenden Mitteln nicht ungefährlich ist, als unschädlich und sehr wirkungsvoll die Anwendung der Bierschen Stauung, durch welche die Sekrete aus Zervix und Uterus entfernt, das Gewebe mit bakterizidem Serum durchtränkt, der Abtransport pathologischer Stoffwechselprodukte und die Resorption zelliger Infiltrate begünstigt und infolge der Dehnung des parametranen Gewebes eine Art Massage der dem Uterus benachbarten Teile bewirkt wird. Kontraindiziert ist die Saugglockenbehandlung bei allen akuten Prozessen des Uterus. Die Verfasser verwenden die gewöhnlichen Saugglocken, wie sie zur Furunkelbehandlung gebraucht werden, von leichter Trichterform mit geraden Glockenwänden (mit von 2.5 bis 4.5 cm variierenden Durchmessern), an deren oberem Ende statt des Gummiballons ein zirka 8 bis 10 cm langes Glasrohr mit starkem Ansatz angeschmolzen ist. Über dieses Glasrohr wird ein Gummischlauch gezogen, an dessen anderem Ende eine Saugspritze (100 g Rekordspritze) oder ein kräftiger Gummiballon angesetzt werden kann. (Derartige Saugglocken können bei der Firma Eger in Graz bezogen werden.)

Die Anlegung der Saugglocke kann man bei einiger Übung ohne Assistenz mit Hilfe des Trelatspekulums vornehmen. Man reinigt zuerst Portio und Scheidegewölbe und setzt eine der Größe der Portio entsprechende Saugglocke an; damit diese nicht durch ein Anlaufen der Glaswände infolge der Körperwärme undurchsichtig wird, ist es zweckmäßig, sie vorher in warmem, mit einem Antiseptikum versetzten Wasser liegen gehabt zu haben. Die Saugglocke soll so groß sein, daß sie leicht über die Portio geht. Dann drückt man sie mittels des Glasrohres fest gegen das Scheidengewölbe, um Luftabschluß zu erreichen und setzt nun die Saugspritze an. Durch die Luftverdünnung drängt sich zuerst die Portio in die Glocke, dann wird das perimetrane Gewebe mitgezogen. Dabei beobachtet man, wie das Orifizium uteri externum dilatiert wird und die Sekretmassen hervorquellen. Die Patientinnen verspüren beim Ansaugen ein leichtes

Ziehen im Uterus und den Parametrien. Man klemmt nun den Schlauch mit einer kleinen Schieberpinzette ab, die Spritze wird abgenommen, die Patientin kann sich vom Untersuchungstische erheben und sich in einem Nebenzimmer aufhalten, bis man nach einiger Zeit (¼, ½ oder 1 Stunde) die Saugglocke entfernen will. Man sieht dann die Portio durch Stauung blaurot verfärbt und tief in die Glocke hineingezogen, in welcher sich das durch die Suktion hervorgequollene Zervikalsekret angesammelt hat. Nach Öffnen der Glocke und Lufteintritt läßt sich die früher festhaftende Glocke leicht abnehmen.

Die Intensität der Stauungshyperämie wird einerseits durch die Zugkraft, mit welcher man durch die Saugspritze ansaugt, anderseits durch die Zeit, während welcher man die Saugglocke liegen läßt, variiert. Wenn Schmerzen auftreten, bei Erosionen der Portio oder bei Gefahr einer Blutung aus dem Uterus — wird die Suktion nicht lange ausgedehnt, anderseits kann bei unkomplizierten Fällen von Zervikalgonorrhoe die Zeitdauer verlängert werden. In jedem Falle wird nach der Saugglockenbehandlung ein Trockentampon mit einem antiseptischen Streupulver (Vulnodermol oder Cholevalbolus) in die Vagina eingeführt. Oft gelingt es, schon nach mehreren Wochen, von einer Menstruation zur anderen, Gonokokkenfreiheit zu erzielen, in vielen Fällen aber muß die Behandlung über zwei oder sogar drei Menstruationen ausgedehnt werden, um definitive Heilung zu erreichen. Jedenfalls ist aber bei dieser Behandlungsweise endgültige Heilung mit ziemlicher Sicherheit zu gewärtigen. (W. kl. W. Nr. 48, 1922.)

Trockenbehandlung bei Gonorrhoe der Vagina und Zervix.

H. Weitgasser (Dermatologische Klinik, Graz) berichtet über gute Erfolge, die er bei Zervizitis und Vaginitis durch die Trockenbehandlung mit Vulnodermol (einem Tannin und elementares Jod enthaltenden Trockenantiseptikum der Pharmazeutischen Industrie-Aktiengesellschaft, Wien) besonders in Kombination mit der Suktionsmethode (siehe voriges Referat) erzielte. Man bestreut mehrere Lagen einer quadratisch geschnittenen hydrophilen Gaze mit einer Mischung gleicher Teile Vulnodermol und Bolus alba, dreht eine Ecke des Quadrates bis zur halben Diagonale ein und formt das nunmehr dreieckige Gazestückchen von der Seite her zu einem Tampon. Dadurch wird das Ende des Tampons bedeutend dicker. Dieser Tampon wird nun nach gründlichem Auswischen der Vagina mit einer mit Lysol angefeuchteten Watte unter Führung eines Spekulums bis zur Zervix eingeführt. Da der Tampon länger als ein Löffel des Spekulums sein soll, so bleibt der einfache Dreieckzipfel teilweise außerhalb der Vagina. Dieser Teil bildet einerseits eine bequeme Handhabe zur Entfernung des Tampons am nächsten Morgen, anderseits dient er als Einlage zwischen den Labien und ist außerdem eine schützende Hülle gegen Beschmutzung der Wäsche nach der Urethralbehandlung.

In zwei bis drei Wochen wurden Kolpitiden, sowohl die samtartig sich anfühlende gonorrhoische wie auch die granulosa non gonorrhoica, zur Ausheilung gebracht. Erosionen heilten ebenso in kürzester Zeit und auch bei Zervizitis konnte schon nach einigen Trockenbehandlungen ein Nachlassen des Fluors konstatiert werden. Auch bei Vulvitis, Balanitis, Ekzema intertrigo wurden mit Vulnodermol, das sich gegenüber der Jodtinktur und dem Jodoform durch seine Reiz-, bzw. Geruchlosigkeit auszeichnet, ie besten Erfolge erzielt. (M. Kl. Nr. 41, 1922.)

Pädiatrie.

Chinininjektionen bei Lungenentzündungen der Kinder

empfiehlt Friedberg (Freiburg). Es werden intramuskulär 1.0 bis 1.5 cm³ (bei Säuglingen) und 2.5 bis 4.0 cm³ (ältere Kinder) einer vorgewärmten Lösung von Chininum mur. 1.0, Urethan 0.5, Aqu. dest. 10.0 an den beiden ersten Tagen und nach einer Pause am vierten Tage nochmals als einmalige Dosis injiziert. Bei frühzeitiger Behandlung besserten sich schon zwölf Stunden nach der Injektion bei Pneumokokkenpneumonien das Fieber, die Zyanose und das Allgemeinbefinden, während der physikalische Lungenbefund noch unverändert bleiben kann. (Arch. f. Kinderh., Bd. 71, H. 4.)

Zur Bekämpfung der Diphtheriebazillenträger

empfiehlt Biemann das Berieselungsverfahren nach Langer (Ther. Halbmonatsh. Nr. 20, 1920). Der Nasenrachenraum wird von der Nase aus mit einer stark verdünnten und versüßten Lösung von Flavizid berieselt, die unter dem Namen Diphthosan fertig im Handel ist. Das Flavizid ist in dieser Verdünnung völlig unschädlich, so daß auch das Verschlucken desselben bei kleinen Kindern ungefährlich ist. Amman (Schw. m. W. Nr. 5, 1922) bekämpft die Bazillenträger durch Einstäuben von Tct. Ratanh. 15.0, Tct. Myrrhae 5.0, Ol. Menth. pip. gtts. XII, mehrmals täglich zehn Tropfen auf 3 cm³ Wasser. Dührsen (M. m. W. Nr. 14, 1922) spült die Tonsillen mit H_2O_2 ab und stäubt mittels Pulverbläsers Yatren in den Rachen. Auf diese Weise konnte Dietrich in zehn Tagen 40 Fälle bazillenfrei machen. (Jahresk. f. ärztl. Fortb., X, 192.)

Ernährung bei Lues congenita.

Die angeborene Lues beeinträchtigt das Gedeihen der Kinder, doch kann die spezifische Therapie nach E. Stransky (Wien) diese Beeinträchtigung beseitigen. Wichtig ist es jedoch zu wissen, daß die Kinder während der antiluetischen Behandlung einen erhöhten Nahrungsbedarf haben. Der zum Gedeihen notwendige Energiequotient kann bis zu 200% des Normalen ansteigen. Man kann diese Erscheinung des erhöhten Nahrungsbedarfes auch differenzialdiagnostisch verwerten. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 32, H. 3/4, 1922.)

Eisen bei Anämien im Kindesalter.

Zur Behandlung eines anämischen Kindes gehört nach Dozent Lehndorff (Wien) zunächst die Diätverordnung. Man schalte die gewöhnlichen Fehler (zu häufige Mahlzeiten, Trinken und Naschen zwischen den Mahlzeiten usw.) aus und sorge für eine abwechslungsreiche, anregende Kost, die auch reichlich Vegetabilien und Obst enthalten soll, zumal in letzteren sich Eisen findet, und zwar in folgendem Verhältnis: Weizenmehl 1.6, Milch 2.3, Kartoffel 6.4, Kirsche 7.10, Karotte 8.6, Erdbeere 9.3, Linsen 9.5, Äpfel 13.0, Kohl 17.0, Fleisch 17.0, Spargel 20.0, Spinat 35.0.

Damit das Kind die verordnete Nahrung auch nimmt, kann man sie ihm ohne Bedenken pikant zubereiten und individuellen Launen Rechnung tragen. Es ist gar nichts gegen Salat, Gurken, Radieschen, Sardellen und Sardinen einzuwenden, ebensowenig gegen die breiige Form der Speisen, wenn das Kind diese vorzieht.

Die Eisenpräparate wirken entschieden kräftig, zumal bei jenen Fällen von Anämie, wo ein konstitutioneller Torpor des Knochenmarkes besteht, wo also ein energischer Reiz zur Neubildung von Erythrozyten

gesetzt werden soll. Beim Erwachsenen ist nach modernen Anschauungen eine Menge von 0.1 g metallischem Eisen täglich notwendig. Beim Kind rät Verfasser ebenfalls zu großen Dosen: 0.05 bis 0.1 g täglich.

0.1 g metallisches Eisen ist enthalten in:

Ferr. hydrogen. reduct.	0.5	Liquor ferr. mang. sach.	16.5
Ferr. carbon.	0.2	Liquor ferr. mang. alb.	25.0
Ferr. pyrophosphor.	0.55	Löflunds Malzextrakt m. Eisen	27.5
Ferr. lactic.	0.5	Carniferrin	0.33
Ferr. carbon. sacharat.	1.0	Triferrin	0.45
Ferr. oxydul. sach. solub.	3.6	Ferratin	1.5
Pilulae Blaudii	5 Stück	Fersan	28.0
Tinct. ferr. chlor.	2.8	Hämatogen	142.0
Tinct. ferr. pom.	15.0	Blut	166.0
Tinct. ferr. compos.	50.0	Sanguinal	250.0
Eisentropon	4.0	Hämalbumin	277.0
Eisensomatose	5.0	Chlorsan	20 Pillen.

Wenn man diese Tabelle betrachtet, begreift man wohl, daß verschiedene Ärzte mit Eisenpräparaten verschiedene Erfahrungen machen, denn in 0.5 g Ferrum lacticum ist z. B. eben so viel Eisen enthalten wie in 250 g Sanguinal. Freilich muß anderseits bemerkt werden, daß die Resorptionsverhältnisse bei den hochkonstituierten Eisenmitteln sicher viel günstigere sein dürften.

Alle strengen Diätverordnungen während einer Eisenkur sind überflüssig. Es ist nicht wahr, daß Fett, saure Speisen, Salat und Obst mit dem Eisen Verbindungen eingehen und Magen-Darmstörungen verursachen. Man gibt erfahrungsgemäß Eisen am besten nach der Mahlzeit, auf vollen Magen, läßt Tinktur und Eisenwässer durch ein Glasröhrchen nehmen und verhütet durch Mund- und Zahnpflege das Schwarzwerden der Zähne. Es ist vorteilhaft, bei Eisenkuren mit kleinen Dosen zu beginnen, dann zu steigen und wieder herunterzugehen. — Die Stahlwässer und Arsenquellen, früher sehr beliebt, werden jetzt schon wegen der unverhältnismäßig hohen Preise wenig angewendet; sie sind im allgemeinen im Kindesalter entbehrlich. (Monatsschr. f. Kinderh., Bd. 24, H. 1, Oktober 1922.)

Die Impetigo-Nephritis.

An der Existenz einer eigentümlichen Nephritis als Folge impetiginöser Hauterkrankungen ist nach den Berichten der letzten Jahre nicht mehr zu zweifeln. Am häufigsten erkranken Kinder zwischen dem dritten und zwölften Lebensjahre. Im Verlaufe von impetiginös-pustulösen Prozessen (oder nach solchen), Pyodermien, veralteter Skabies usw. stellt sich akute hämorrhagische Nephritis ein. Außer den roten Blutkörperchen finden sich im Harn Zylinder und reichlich Zellen. Der Eiweißgehalt ist hoch, es besteht Oligurie oder sogar Anurie und Blutdrucksteigerung; nicht selten kommt es zur Urämie. Man untersuche daher bei allen impetiginösen Hauterkrankungen (besonders der Kinderjahre) wiederholt den Harn. Die Behauptung mancher Autoren, daß die Nephritis in diesen Fällen Folge einer Kombination mit Diphtherieinfektion sei, fand Dozent Husler (München) nicht bestätigt.

Die Therapie erstrecke sich zunächst und hauptsächlich auf die Hauterkrankung; nach Abheilung dieser verschwindet die Nephritis schnell. Das Schmierseifenbad, welches alle Krusten, Borken, impetiginöse und eiternde Massen und vor allem die Pusteldecke entfernt, ist zunächst das souveräne Mittel. Dann schließe man die sezernierenden Stellen nicht mit Salben oder Verbänden, sondern behandle sie am besten feucht. Gelinde

Lapisierung erwies sich wiederholt als günstig. Selbst bei schon bestehender Urämie darf man das Schmierseifenbad anwenden; das Kali schadet erfahrungsgemäß nichts. Bei impetiginöser Skabies ist diese trotz bestehender Nephritis mit Wilkinsonscher Schwefelsalbe oder Hebrascher Skabiessalbe zu behandeln; ein Schaden für die Niere wurde dabei nicht beobachtet. — Erst in zweiter Linie ist die Nephritis durch Schonungsdiät zu behandeln. In letzter Zeit hat Verfasser sich überhaupt nur um die Hauterkrankung gekümmert und den erkrankten Kindern die gewöhnliche Diät gereicht; trotzdem genasen sie prompt. Die Prognose ist im allgemeinen günstig; in seltenen Fällen erfolgte der Exitus im urämischen Anfalle. Es ist erstaunlich, wie schnell sich die geschädigte Niere der Kinder nach Abheilung der Impetigo regeneriert und selbst nach schweren Urämien in zwei Wochen wieder ganz normal funktioniert. (Klin. Wschr. Nr. 37, 1922.)

Die wichtigsten Säuglingsdermatosen

besprach Prof. C. Leiner (V. Internationaler Fortbildungskurs, Wien).

Das seborrhoische Ekzem beginnt fast regelmäßig in den ersten Lebenswochen mit fein lamellösen, fettigen schmutzig-gelben Auflagerungen auf der behaarten Kopfhaut („Gneis"). Die darunter entstehende Rötung der Haut begrenzt sich gegen die Stirne zu als Coronna seborrhoica. Nicht selten geht das Ekzem auch auf das Gesicht und den übrigen Körper über (Augenbrauen, Wangen, Haut- und Gelenkfalten). Die intertriginöse Dermatitis kann die Faltengrenzen weit überschreiten.

Das häufige krustöse Ekzem des Kopfes und Gesichtes („Milchschorf, Milchgrind, Vierziger") betrifft meist Säuglinge nach dem zweiten Monat. Man sieht ein dickes Kind, das den Kopf wie mit einer Haube, das Gesicht wie mit einer Maske aus hoch aufgelagerten gelblichen oder bräunlichen Krusten bedeckt hat, zwischen denen seröses, oft auch eitriges Sekret hervorquillt. Nase und Mund sind meist frei. Das Allgemeinbefinden ist meist wenig gestört, kann aber manchmal durch heftigen Juckreiz leiden. Die Drüsen im Nacken und Hals können anschwellen und vereitern. Das Ekzem kann auch auf den übrigen Körper übergreifen. Meist besteht Obstipation.

Das pruriginöse Ekzem beginnt gewöhnlich mit einer einfachen entzündlichen Rötung an der Wange, auf der alsbald Knötchen und Bläschen aufschießen. Bald breitet sich das Ekzem unter heftigem Juckreiz am ganzen Körper aus. Die ganze Stirn- und Scheitelgegend kann in eine tiefrote, nässende Fläche verwandelt sein.

Das intertriginöse Ekzem kann jede der genannten Ekzemtypen begleiten, aber auch, namentlich bei mageren, dyspeptischen Kindern schon in den ersten Lebenstagen selbständig auftreten. Es beginnt fast regelmäßig zunächst als einfache Dermatitis in den Genitokruralfalten und kann sich bis zu den Fußsohlen und bis zum Nabel und über das Kreuzbein hinaus ausbreiten. Die befallenen Partien sind dunkelrot, nässend, in der Tiefe der Falten schmierig belegt. Zu beiden Seiten der Gesäßfalte treten nicht selten reihenförmig angeordnete Knötchen und Bläschen auf, die an Syphilis erinnern.

Die diatetische Therapie allein ist fast niemals imstande, ein Säuglingsekzem zu heilen. Immerhin wird man nach Czerny jede Überernährung vermeiden, eine Brustmahlzeit durch eine schwache Fleisch- oder Knochensuppe mit Weizengries oder eine Karottenabkochung ersetzen, vor jeder Mahlzeit einen Teelöffel Plasmon oder Nutrose mit etwas Saccharin verabfolgen, die Milch reduzieren u. dgl. Manchmal ist bei stark nässenden Ekzemen die Finkelsteinsche Ekzemsuppe erfolgreich:

Milch wird gelabt, Molke und Kaseingerinnsel separiert, letztere einigemal mit etwas Wasser fein durchsiebt und die so erhaltene Suspension mit einem Fünftel der ursprünglichen Molkemenge und 4/5 Wasser oder Schleim auf das Anfangsvolumen aufgefüllt und mit 40 bis 50 g Kohlehydraten in Form von Zucker oder Mehl angereichert. Bei mageren Kindern muß hingegen jede Kostbeschränkung vermieden werden und die Ernährungsstörung beseitigt werden.

Der Strofulus (= Urtikaria infantum) erinnert oft an Skabies, kommt aber nie in der Axilla vor. Juckende Eruptionen von Gruppen harter Knötchen auf flüchtigem Erythem, manchmal dissementiert am ganzen Körper, am häufigsten aber in der Lendengegend, an den Schultern und Extremitäten lokalisiert. Meist bei dicken, gut genährten Kindern mit Neigung zu Obstipation. Wahrscheinlich bedingt durch Idiosynkrasie gegen Eiweiß, insbesondere Eier, aber auch gegen irgend ein anderes Nahrungsmittel, das vermieden werden muß. Therapie zunächst Kalomel, Rizinusöl, dann Kostwechsel, vier bis sechs Wochen Karlsbader Kur (Säuglingen vier bis sechs Kaffeelöffel Mühlbrunn lauwarm), eventuell wiederholt. Eventuell völlige Diätänderung.

Die Erythrodermia desquamativa befällt fast ausschließlich Brustkinder im zweiten Monat, die bisher ganz gut gediehen sind. Beginn meist harmlos als seborrhoische Dermatitis am Kopfe oder Intertrigo, um aber in wenigen Tagen sich als entzündliche Rötung über den ganzen Körper unter hochgradiger Schuppen- und Krustenbildung zu verbreiten. Pathognomonisch ist die rasch einsetzende Gesichtsblässe, bedingt durch rapides Absinken des Hämoglobingehaltes. Meist heftiges Erbrechen. Durchfall. In 30- bis 50% letaler Ausgang. Therapie: Ersatz einer oder mehrerer Brustmahlzeiten durch Reiswasser, Milchverdünnungen, Saccharin, Eiweißmilch, Buttermilch, Breie. (M. Kl. Nr. 39, 1922.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Epididymitis gonorrhoica — Kalzium venös.

Durch drei bis vier venöse Injektionen von 5 bis 10 cm³ einer 10%igen Lösung von $CaCl_2$ wird, wie Radnai (Budapest) an zwei Fällen zeigt, die Entzündung viel rascher behoben. Die Schmerzen hören bereits einige Stunden nach der ersten Injektion auf, die Geschwulst fällt nach ein bis zwei Tagen ab. Dabei konnten die Patienten mit einem wattegepolsterten Suspensorium ihrer Beschäftigung nachgehen. (W. kl. W. Nr. 46, 1922.)

Gonorrhoe — Atropin.

Prof. W. Scholtz (Königsberg) betont, daß natürlich die lokale Injektionsbehandlung bei der Gonorrhoe die Hauptsache ist, wenn sie sachgemäß durchgeführt wird. Die Balsamika (am besten sind Santyl, Gonosan und Blennosan) sind nur anfangs und bei der akuten Gonorrhoea posterior zu verordnen. Ähnlich wie die Balsamika wirken auch die Dekokte der bekannten Folia uvae ursi und ähnliche Teeaufgüsse adstringierend und die Entzündung mildernd und können für die akute Gonorrhoea anterior und posterior wohl empfohlen werden. Der Kranke soll viel Flüssigkeit aufnehmen, um durch den Harn recht häufig die Harnröhre vom eitrigen Sekret zu reinigen. Besonders ist dies bei der Gonorrhoea posterior anzu-

raten; durch reichliches Urinieren und damit erfolgendes Reinigen der hinteren Harnröhre von Sekret werden die Gonokokken am Eindringen in die Ausführungsgänge der Prostata und der Samenstränge gehindert.

Entschiedene Beachtung bei der Urethritis posterior verdient die von Schindler empfohlene Atropinbehandlung. Es ist nachgewiesen, daß durch den Reiz der Entzündung selbst sowie durch Instillationen u. dgl. leicht antiperistaltische Bewegungen im Vas deferens ausgelöst werden, wodurch Gonokokken nach dem Nebenhoden verschleppt werden können. Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtung haben nun gezeigt, daß Atropingaben die hintere Harnröhre ruhig stellen und solche antiperistaltischen Bewegungen verhindern. Man verordnet früh und abends je ein Stuhlzäpfchen mit 1 mg Atropin oder läßt dreimal täglich bis zu ½ mg Atropin einnehmen. (D. m. W. Nr. 43, 1922.)

Hauttuberkulide — Quecksilber-Arsen.

Sellei und Liebner hatten bei zahlreichen Tuberkuliden mit Quecksilber-Arsen gute Erfolge. Sie verwandten Modenol (Merck-Böhringer-Knoll) und Intrasol (Chinoin-Werke, Wien—Budapest). Von beiden Präparaten wurden je 2 cm^3 intraglutäal dreimal wöchentlich — in manchen Fällen täglich — injiziert. Erythema indurativum Bazin heilte prompt nach 15 bis 25 Injektionen, Lichen scrophulosorum nach 3 bis 15 Injektionen. Erythema nodosum: sämtliche vier behandelten Fälle heilten in zehn Tagen. Lupus erythematodes wurde nicht beeinflußt; seine tuberkulöse Grundlage ist ja auch zweifelhaft. Unter sechs Fällen von Parapsoriasis befanden sich zwei recht hartnäckige, schon mit vielen Mitteln erfolglos behandelte; alle wurden geheilt. (Derm. Wschr. Nr. 45, 1922.)

Diese Wirkung des Quecksilbers bei Hauttuberkuliden fassen die Autoren wohl mit Recht als eine unspezifisch-immunisierende im Sinne Buschkes auf. Buschke hat nämlich gemeinsam mit Sklarz auf der 87. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte auf die mannigfache Wirkung des Quecksilbers auch bei nichtluetischen Erkrankungen hingewiesen. Besonders in der Neurologie und in der Augenheilkunde haben sich die Schmierkuren sehr bewährt. Zahlreich sind z. B. die günstigen Berichte über Hg-Wirkung bei Iridochorioiditis, sympathischer Ophthalmie und infizierten Bulbusläsionen. Erleichterung der Antikörperbildung und Protoplasmaaktivierung müssen nach unseren heutigen Anschauungen zur Erklärung herangezogen werden. (Bericht in Derm. Wschr. Nr. 48, 1922.)

Leprabehandlung mit Chaulmoograöl.

Die Lepra ist auch in unseren Gegenden jetzt nicht so selten. Nach den neuesten Schätzungen gibt es zwei Millionen Lepröse auf der Erde. Von den auf der II. Internationalen Leprakonferenz in Bergen bekanntgegebenen Spezifizis: Nastin, Leprin, Leprolin und dem Serum Carasquillas ist es wieder still geworden. Nur das Chaulmoograöl hat sich als gutes Mittel bewährt, und zwar dessen Äthyl- und Propylester; 50% der Leprösen sollen damit heilbar sein. Neben der intramuskulären Injektion wurden in der letzten Zeit mit der intravenösen Applikation besonders gute Erfolge erzielt. Die Behandlung soll etwa drei Jahre dauern. In den Handel kommen die Äthylester des Chaulmoograöls durch

1. die Firma Winthrop Chemical Co., Inc. New York, als „Chaulmestrol“,
2. die Firma Borroughs Welcome & Co., London, als „Moogrol“,
3. die Firma Smith Stanistreet & Co., Kalkutta und

4. die deutsche Firma Bayer & Co., Köln-Leverkusen-Elberfeld, als „Antileprol". (Klin. Wschr. Nr. 47, 1922.)

„Rote Nase" — Diathermie.

Wenn die rote Nase auf Erfrierung zurückzuführen ist („Schleiernase"), so ist nach R. Grünbaum (Wien), wie gegen Erfrierungen überhaupt Diathermie das wirksamste Mittel. Als aktive Elektrode verwende man eine einfache ½ mm dicke Bleifolie, die nach einer der zu behandelnden Nase genau angepaßten Papierschablone für jeden Fall eigens zurechtgeschnitten wird. Die so geformte Bleielektrode wird angefeuchtet, der Nase gut angelegt, während man als indifferente Elektrode eine 250 bis 300 cm² große Bleifolienplatte auf den Rücken des Patienten legt. Bei dieser Anordnung laufen die Stromlinien an der Nase dicht zusammen. Stromstärke 600 bis 900 MA. (W. m. W. Nr. 46, 1922.)

Tinctura Jodi in der Syphilistherapie.

Statt des enorm teuren Kalium jodatum verordnet Prof. Winckler (Bad Nenndorf) zur Syphilistherapie:

Rp: Tinctur. Jodi 10.0.
Signa: Dreimal täglich 6 bis 10 Tropfen in eine Tasse Wasser.

Diese Rezeptur kostet etwa den dritten Teil einer Jodkalilösung, wirkt kräftig und wird besser vertragen als Jodkali. (D. m. W. Nr. 41, 1922.)

Urologie.

Blutungen aus dem Harnapparat.

Von Prof. Dr. L. Casper, Berlin.

Blut im Harn ist leicht erkennbar: bei größeren Mengen durch den bloßen Augenschein, bei geringeren Mengen durch chemische und mikroskopische Untersuchung. Aus welchem Teile des Harnapparates stammt nun das Blut? Blutungen, die unabhängig von der Miktion am Orificium externum erscheinen, stammen aus der vorderen Harnröhre: bei Traumen, beim akuten Tripper, selten bei einer Striktur, indem retrostriktural erweiterte Gefäße bersten. Eine „terminale Blutung", bei der das Blut erst am Schlusse der Miktion erscheint, stammt aus der hinteren Harnröhre oder aus dem Blasenhals. Blasen- von Nierenblutungen zu unterscheiden, ist zuweilen ohne Zystoskopie unmöglich, doch halte sich der Praktiker an folgende Regel: Stammt das Blut aus der Blase, so sind Blasensymptome (Harndrang, Schmerzen während der Miktion) vorhanden, welche bei Nierenblutungen fehlen. Doch können Blasenpapillome auch ohne Blasensymptome bluten, anderseits Nierenblutungen durch stecken bleibende Gerinnsel die Blase reizen und Blasensymptome hervorrufen. Auch Prostatablutungen können mit Blasensymptomen einhergehen; hier helfen die Rektalpalpation und die Prostatahypertrophie-Anamnese zur

richtigen Diagnose. Führt man ferner einen Katheter ein, so erscheint bei der Prostatablutung das Blut besonders konzentriert in dem Moment, wo die Spitze des Instrumentes die Prostata berührt, und die Blutung wird geringer, wenn der Katheter bereits in die Blase eingedrungen ist. Die Prostatablutungen zeichnen sich durch große Hartnäckigkeit und oft wochenlange Dauer aus und sind deshalb nicht unbedenklich. — Weiter sind zur Lokalisation zu verwerten: der Befund von Zylindern (nephritische Blutung) und die Tatsache, daß sich die Blutung immer an Bewegungen anschließt und Nierenkoliken oder Stechen im Membrum hervorruft (Nierensteine). Wo man mit all diesen Beobachtungen die Lokalisationsdiagnose der Blutung nicht stellen kann, sind Zystoskopie, Ureterenkatheterismus und Röntgenoskopie heranzuziehen.

Diagnose der Grundkrankheit. Terminale Blutungen sind pathognomonisch für 1. die sogenannte Cystitis colli gonorrhoica oder auch non gonorrhoica seu simplex, 2. Tumoren der Urethra posterior und 3. Samenblasenaffektionen, Spermatocystitis simplex und tuberculosa. Samenblasenerkrankungen kann man außer an der terminalen Blutung noch erkennen an sanguinolenten Pollutionen und per rectum palpablen Schwellungen und Knoten an den Samenblasen. — Blasenblutungen stammen am häufigsten von Blasentumoren, dann (der Häufigkeit nach geordnet) von Blasensteinen, Fremdkörpern und Entzündung der Blase mit und ohne Ulzerationen.

Blasentumor oder Blasenstein? Blutungen bei Blasentumoren treten unmotiviert auf, sind profuser, dauern Tage, Wochen, ja Monate, trotzen der Therapie und gehen ohne Koliken einher. Bei Blasensteinen sind die Blutungen geringer, weniger andauernd, treten nach Bewegungen, Anstrengung, Fahrt auf holprigem Wege usw. auf, machen Kolikschmerzen und sistieren sofort bei Ruhe. — Zystitische Blutungen sind im allgemeinen selten, gehen zuweilen mit Harndrang einher und weisen Eiter im Harn auf. — Prostatablutungen sind wenig charakteristisch, können aber sehr profus sein und treten meist bei Urinverhaltung auf, was ihre Behandlung erschwert.

Nierensteinblutungen oder Nierenbeckenblutungen sind ähnlich wie Blasensteinblutungen von geringerer Intensität, treten nach Bewegung auf und kommen in der Ruhe meist zum Stillstand. Zur Diagnose ist die Röntgenaufnahme heranzuziehen. — Nierentuberkulose ist durch Palpation und sorgfältige Harnuntersuchung, eventuell Impfung des suspekten Harnes auf Meerschweinchen, zu diagnostizieren. Es ist charakteristisch, daß eine tuberkulöse Niere im Anfang mehr blutet als im späteren Stadium; manche Nierentuberkulosen beginnen mit einer heftigen Hämorrhagie. — Blutungen bei Nierentumoren sind von Blasentumorblutungen oft schwer zu unterscheiden. Schmerzen, Abmagerung und eine palpable Nierenvergrößerung fehlen zuweilen ganz. Die Blutungen kommen wie Blasentumoren plötzlich, unmotiviert, können sehr profus sein, trotzen jeder Therapie und hören dann plötzlich wieder auf. Ebenso sind Nierentumorblutungen (wenn Palpationsbefund und Kachexie fehlen) kaum zu unterscheiden von den Blutungen bei herdförmiger Glomerulonephritis (ohne vorher konstatierbare Nephritis, ohne Albuminurie und Zylindrurie) und von den Blutungen „aus gesunden Nieren", die man auch „renale Hämophilie" genannt hat, und für die eine Erklärung noch aussteht.

Bei der Therapie müssen wir zwischen leichten und schweren Blutungen aus dem Harnapparat unterscheiden. Meist überschätzt man die Größe der Blutung, da die größere Menge der Flüssigkeit nicht Blut, sondern Harn ist und das Blut ein starkes Färbemittel darstellt. Nur wenn die

Flüssigkeit dick wird, wenn sich im Harn Klumpen und Gerinnsel bilden, liegt eine schwere Blutung vor. Die leichten Blutungen erfordern als solche kaum eine Therapie, sondern hören mit der Behandlung der Grundursache, mit der Beseitigung des Steines oder der Geschwulst, mit der Besserung der Zystitis von selbst auf. Bei schweren Blutungen muß man aus vitaler Indikation eingreifen. Wenig wirken die internen Mittel: Styptizin, Styptol, Plumbum aceticum, Liquor ferri sesquichlorati, Calcium chloratum, Clauden; man wende sie nur an, wenn man nichts Besseres zur Hand hat. Energischer wirkt die intramuskuläre Einspritzung großer Mengen von Gelatine, die in zugeschmolzenen Röhren steril im Handel ist; man injiziere 200 bis 400 cm^3. Ähnlich ist die Wirkung intravenöser Injektion einer 10%igen Kochsalzlösung, der Einverleibung von Menschen-, Pferde- und Diphtherieserum; von letzterem gebe man eine volle Dosis. Alle diese Mittel, ebenso wie die Röntgenbestrahlung der Milz („Ars Medici" 1920, S. 393 und 536) sollen die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöhen. Bei starken Blasenblutungen oder, wenn sich bei schweren Nierenblutungen dicke Gerinnsel in der Blase bilden, ist die Blase auszuspülen; bei Blasenblutungen empfiehlt sich die Ausspülung mit einer Argentum-nitricum-Lösung. Wenn auch die anwendbare Konzentration des Argentum nitricum zu schwach ist, um einen Ätzschorf in der Blase zu erzeugen, so steht doch manche Blutung auf diese Spülung hin. Weniger zuverlässig als Argentum nitricum ist die Anwendung von Methylenblau- oder Adrenalineinspritzungen.

Ein Mittel soll man aber nicht unversucht lassen, das ist das Einlegen eines Verweilkatheters, der von möglichst starkem Kaliber sein soll, damit auch Blutgerinnsel durchgehen. Dadurch wird die Blase ruhig gestellt, der Harn fließt aus den Ureteren sogleich wieder ab, die Blasenwände legen sich aneinander und die Blutung ist oft gestillt. Schwierig wird die Situation, wenn sich immer wieder so dicke Gerinnsel in der Blase bilden, daß sie den Katheter verstopfen und die Blase immer mehr ausgedehnt wird. Man versuche dann Spülungen mit heißem sterilem Wasser oder Aspiration mit einer gut schließenden Janetschen Blasenspritze, die man auf den dicken Katheter aufsetzt, um die Gerinnsel zu aspirieren und den Blutabfluß wieder in Gang zu bringen. Hilft auch das nichts, so bleibt nur operatives Vorgehen übrig.

Wie lange man mit all diesen konservativen Maßnahmen die Blutstillung versuchen darf, ist nach dem Allgemeinzustand des Kranken zu beurteilen. Zunehmende Anämie der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, Kopfschmerzen, Kältegefühl, schneller werdender Puls, stechendes Durstgefühl, Erweiterung der Pupillen, sich immer erneuernde Verstopfung der Blase durch Gerinnsel sind Zeichen, die zu raschem chirurgischem Eingreifen mahnen. (D. m. W. Nr. 44, 1922.)

Stomatologie und Laryngologie.

Über Orthodontie.

Stellungsanomalien der Kiefer und der Zähne, schreibt Hauberrisser (Göttingen), sollen schon im Vorschulalter reguliert werden. Von der normalen Dentition und Zahnentwicklung hängt vor allem die Gestaltung des Alveolarfortsatzes und des Kieferbogens ab. Von grundlegender Bedeutung ist die normale Entwicklung der Milchzähne. Sie kann

schon durch schlechte Gewohnheiten der Kinder gestört werden. So können die oberen Schneidezähne dadurch nach vorne gedrängt werden, daß die Kinder häufig die Unterlippe unter die Schneiden der oberen Frontzähne einziehen oder nach jedem Satz die Zunge kurz vorstrecken, um die Lippen zu befeuchten. Durch Einsaugen der Wangen zwischen die Zahnreihen können die Kieferbogen deformiert werden, durch lange fortgesetztes Fingerlutschen die Alveolarfortsätze. Die im sechsten Jahr durchbrechenden ersten bleibenden Molaren fixieren durch ihre symmetrische Anordnung die Ebene, in der die Kiefer einander treffen, während der langen Zeit der Umwandlung des Milchgebisses in das bleibende Gebiß (sechstes bis zwölftes Jahr). Sie stellen gleichsam die Säulen für die Gebißbogen dar, unter deren kräftigem Schutz die durchbrechenden bleibenden Zähne in das Gebiß einrücken und ihre endgültige Stellung in ihm erfahren.

Die bei Schulkindern so häufige Mundatmung (45%!) infolge adenoider Wucherungen, beeinträchtigt ganz besonders die Entwicklung des Oberkiefers, des Gaumens und damit die Zahnstellung. Infolge des durch die Mundatmung bedingten Herabsinkens des Unterkiefers werden die Wangen seitlich gegen den Oberkiefer gedrückt, so daß die Alveolarfortsätze gegen die Mittellinie rücken, der Gaumen höher wird und der Zwischenkiefer sich nach vorne drängt. Der Ausfall des Oberlippendruckes beeinträchtigt außerdem das Breitenwachstum des Oberkiefers und durch den fehlenden Zungendruck wird das Muskelgleichgewicht (Lipp — Wangen — Zunge) gestört. Bei Normalatmung wird die Zunge bei geschlossenem Munde an den Gaumen angesaugt; sie verhindert dadurch das Engerwerden des Gaumens und unterstützt gleichfalls das Breitenwachstum des Oberkiefers. Durch das Fehlen des Ansaugens der Zunge sinkt sie im Schlafe zurück und verursacht das Schnarchen der Mundatmer. Selbst die Entwicklung des Thorax und der Brustorgane wird durch die bei der Mundatmung meist oberflächliche Atmung beeinträchtigt. Bekannt sind die häufigen Katarrhe, die Störung des Gehörs, der Zusammenhang mit der Enuresis nocturna, die mit der Kohlensäureüberladung des Blutes als Folge der behinderten Luftzufuhr erklärt wird. Infolge des Mundatmens während des Kauens werden die Speisen ungenügend zerkleinert und eingespeichelt, wodurch wiederum die Verdauung leidet. Die Entfernung der Tonsillen und der Adenoide genügt meist nicht zur Wiederherstellung der Nasenatmung und normaler Verhältnisse. Die Kinder müssen vielmehr unbedingt auch kieferorthopädisch behandelt werden. Die Dehnung des Oberkiefers und dadurch Senkung des Nasenbodens führt meist nach sechs Wochen zu freier Nasenatmung, der Nasenboden wird dadurch breiter, das Septum stellt sich gerade, die Nasenschleimhauthypertrophie geht zurück, die Sprache wird klarer, die ganze Weiterentwicklung des Kindes kann nun ungestört erfolgen.

Für Kieferanomalien können ursächlich auch Rachitis, Lues, Skrofulose, Idiotie, Narbenkontrakturen, Caput obstipum, Tumoren und Vererbung in Betracht kommen.

Der Hausarzt soll somit die Kieferentwicklung schon vom Säuglingsalter ab überwachen. Ursächliche Momente, Mundschleimhauterkrankungen, Saugen an ungenügend gepflegten und anormalen Brustwarzen, Fingerlutschen u. dgl. können die Entwicklung der Zahnkeime und damit später der Kiefer schädigen. Kariöse Milchzähne, besonders die Milchmolaren, müssen möglichst konservativ behandelt werden. Stellungs- und Bißanomalien werden ursächlich und allmählich durch Apparate beseitigt, die auf dem Prinzip des federnden Bogens oder der Schraubenwirkung beruhen. Anormal stehende oder eine Anomalie scheinbar verursachende Zähne

werden nicht mehr extrahiert, sondern der nötige Raum wird durch Dehnung geschaffen. Einzelne anormal stehende Schneide- oder Eckzähne können ausnahmsweise bei genügendem Platze vorsichtig luxiert (redressement forcé), richtig gestellt und durch einen kleinen Retentionsapparat solange fixiert werden, bis sie wieder fest stehen. Bei Diastema (Lücke zwischen den beiden oberen mittleren Schneidezähnen) wird das zwischen die beiden Zähne durchziehende und die Lücke dadurch verursachende Frenulum labii keilförmig bis zum Periost exzidiert, worauf die Zähne in toto durch einen kleinen Apparat genähert werden. Die Progenie (Vorstehen des Unterkiefers) wird chirurgisch beseitigt, wenn die orthodontischen Maßnahmen versagen. Die Mikrognathie (Unterentwicklung des Unterkiefers) kann nur durch chirurgische Verlängerung des horizontalen Kieferastes ausgeglichen werden. Derselbe wird stufenförmig beiderseits durchtrennt, das Kiefermittelstück vorgeschoben und durch Knochennaht fixiert.

Die unblutige Kieferregulierung soll möglichst schon am Milchgebiß einsetzen, wenn bereits genügend feste Zähne vorhanden sind, an denen die Apparate befestigt werden und einwirken können (nicht vor dem fünften Lebensjahr). Bei Erwachsenen soll sie möglichst vor dem 16. Jahr und nicht nach dem 30. bis 35. Jahr beginnen. Am günstigsten ist die Zeit vom fünften bis siebenten Jahr, in der noch die Milchzähne, und vom 11. bis 14. Jahr, in der bereits die bleibenden Zähne festsitzen. Durchschnittlich muß mit einer Behandlungsdauer von mindestens ein bis eineinhalb Jahren gerechnet werden. (Fortschr. d. Med., Nr. 22/23, 1922.)

Radiologie.

Über die häufigsten Ursachen der Röntgenschädigungen und deren Vermeidung.

Von Prof. G. Holzknecht (Wien).

Infolge Vergessen des Filters entstehen gelegentlich noch schwere Röntgennekrosen. Dagegen gibt es heute Filtersicherungen, die sofort das Fehlen des Filters anzeigen oder das Funktionieren des Apparates ohne Filter verhindern.

Wenn man ohne Kontrolle der Hautdosis mittels Dosimeter nur nach der Zeit dosiert, so kann es infolge der Schwankungen des Stadtstromes auch bei den modernsten Apparaten zu mittleren und leichteren Überdosierungen kommen. Ob der Spannungsregler des Betriebsstromes die volle Betriebskonstanz bringen wird, muß erst die Erfahrung lehren. Auch die Röntgenröhren können unkontrollierbaren Schwankungen unterliegen.

Bei hochdosierter Mehrfelderbestrahlung können innere Organe (Darm, Blase usw.) geschädigt werden, wenn wirklich extrem hohe Dosen gegeben werden und dabei Fehler in der Berechnung der Tiefenhomogenität unterlaufen. Wir haben dagegen bis heute kein anderes Mittel als die Unterdosierung.

Bei zu kurzen Serienpausen können noch nach Monaten und Jahren Spätnekrosen entstehen. Die Epithelien sind nach einem Monate ziemlich regeneriert, die Kapillaren hingegen erst nach drei Monaten. Durchschnittlich verlangt eine volle Hautdosis acht Wochen, eine halbe vier Wochen,

eine Vierteldosis zwei Wochen Pause. Nur wenn Eile nottut, wird man diese Pausen bis auf die Hälfte reduzieren (maligne Tumoren), bei kosmetischen Bestrahlungen hingegen doppelte Pausen einschalten.

Gegen die häufige, oft sehr schwere Allgemeinschädigung des gesamten Organismus nach intensiver Bestrahlung innerer Organe (mit Unrecht scherzhaft „Röntgenkater" genannt), die selbst zu tödlicher Kachexie führen kann, gibt es kein anderes Mittel als die Reduktion der Höchstdosen. Da überdies die Hypothese von den „Reizdosen", wonach schwächere Bestrahlungen das Wachstum der Tumoren anregen sollen, heute widerlegt ist, wird man eine einzeitige Intensivhomogenbestrahlung nur bei großer Erfolgsaussicht anwenden, das heißt, nur in den geeignetsten Fällen von Gebärmutterkrebs (20% Heilung). Bei den übrigen Tumoren, deren Heilungschancen durch Röntgen überhaupt gering sind (Mammakrebs wenige Prozente, Magen- und Darmkrebs nicht einmal 1%), gibt man zuerst ein Probefeld auf Allgemeinempfindlichkeit mit voller Dosis und erst nach ein bis zwei Tagen die Hälfte bis drei Viertel der höchstmöglichen Dosis. Der symptomatische Wert der schwächeren Dosen steht außer Frage. (M. m. W. Nr. 46, 1922.)

Diagnose.

Das akute Abdomen.

Aus reicher Erfahrung gibt Prof. Jul. Schnitzler (Wien) wertvolle Anhaltspunkte zur Beurteilung akut bedrohlicher Erkrankungen des Magens und Darmes.

Magenperforation. Die Indikation zur sofortigen Operation ist klar gegeben, wenn ein Patient unter überwältigenden Schmerzen im Epigastrium, die eventuell zwischen die Schultern ausstrahlen, unter Erbrechen erkrankt, wenn sofort deutliche Bauchdeckenspannung eintritt und zudem die Leberdämpfung schwindet. Es gibt auch nicht selten Fälle, die dadurch täuschen können, daß die zunächst einsetzenden bedrohlichen Symptome bald nachlassen, weil die Perforation durch Anlagerung irgend eines Organes vorübergehend gedeckt wird, so daß die Peritonitis zunächst lokalisiert bleibt. Bedeutsam sind dann das Erhaltenbleiben der Empfindlichkeit, speziell der Klopfempfindlichkeit in der Magengegend, eventuell auch leichtes Fieber. Starke Klopfempfindlichkeit, andauernde Schmerzen trotz Bettruhe und strenger Diät werden den vorsichtigen Arzt auch veranlassen, den Patienten wegen Perforationsgefahr in einer Anstalt unterzubringen.

Bei Ulkusblutungen wird der Gesamteindruck des Patienten über Zuwarten oder Eingreifen entscheiden. Sehr viele, auch schwerste Blutungen, können ohne Operation zum Stillstand kommen. Anderseits sind die Resultate der während der Blutung durchgeführten Resektionen durchaus zufriedenstellend. Selbst aufs äußerste ausgeblutete Kranke überstehen die ausgedehnte Magenresektion, die ja bei präliminarer Unterbindung der zum Magen führenden Gefäße fast ohne Blutverlust erfolgt, ausgezeichnet.

Bei Magentetanie infolge von Pylorusstenose und Gastrektasie können rasche und wiederholte Magenspülung, subkutane, venöse und rektale Flüssigkeitszufuhr mitunter lebensrettend wirken.

Ein schwerer Anfall von Appendizitis wird heute grundsätzlich operiert. Bei Komplikationen mit Keuchhusten, Masern, Scharlach u. dgl.

entscheidet wieder die Bauchdeckenspannung und die ausgesprochene Klopfempfindlicheit, während auf eine tiefe Druckempfindlichkeit viel weniger Wert zu legen ist, da eine solche allein Peritonitis nicht beweist. Ergibt in einem solchen Fall mehrstündige Beobachtung, Zunahme der peritonitischen Symptome (Intensität oder Ausbreitung der Schmerzhaftigkeit, respektive Klopfempfindlichkeit, Erbrechen), so muß trotz der Komplikation sofort operiert werden, namentlich aber beim Auftreten von Schüttelfrösten, selbst auf die Gefahr hin, daß diese durch die gleichzeitig bestehende andere Erkrankung bedingt sein könnten. Obige bedrohlichen Symptome indizieren den sofortigen Eingriff selbst beim Vorhandensein eines umschriebenen Exsudattumors, der sonst für die Abgrenzung des Prozesses spricht.

Eine Darmstenose muß wegen der Gefahr der Darmgangrän (Dehnungsgeschwüre) und der Sterkorämie, die einen anscheinend nicht schweren Fall mit unerwarteter Raschheit zum Todeskandidaten machen können, sofort nach der Diagnose operiert werden.

Ein Mastdarmkrebs an der Übergangsstelle zur Flexur perforiert nicht selten ganz unerwartet in die freie Bauchhöhle. Jeder erfahrene Operateur kennt solche Fälle, bei denen ein der Anamnese nach nur an chronischer Obstipation leidender Patient plötzlich unter peritonitischen Symptomen erkrankt und die Laparatomie obigen Befund ergibt. Bei einem nicht mehr operablen Ca. soll wegen der Perforationsgefahr die Kolostomie nicht mehr aufgeschoben werden, sobald auch nur leichteste Stenoseerscheinungen auftreten.

Auch bei perforiertem Typhusgeschwür ist die Laparatomie oft noch erfolgreich.

Der akute Mesenterialgefäßverchluß macht die Symptome eines Ileus oder einer Peritonitis; doch ist die Operation nur selten erfolgreich.

Auch bei der akuten Pankreatitis und Pankreasnekrose wird gewöhnlich unter irriger Diagnose operiert. Fettleibigkeit, Alter über 40 Jahre, allgemeiner oder besonders das Querkolon betreffender Meteorismus, wiederholte „Gallensteinanfälle" in der Anamnese können auf die richtige Spur führen. Bei der Laparatomie ermöglichen fast immer die sofort ersichtlichen Fettnekrosen die richtige Deutung des Falles.

Perforation und Gangrän der Gallenblase ist häufiger, als man allgemein annimmt. Geht eine Cholezystitis mit dauerndem hohem Fieber (über 40° C), Schüttelfrösten und starker Empfindlichkeit der Gallenblasengegend einher, so ist die Operation indiziert, namentlich wenn auch Ikterus besteht, aber auch ohne diesen. Wenn nicht allzulange gezögert wird, ist die Prognose günstig.

Verwechslungen zwischen Appendizitis und Cholezystitis, zwischen Perforation eines Ulkus und der Gallenblase, zwischen Appendizitis und Tubarruptur oder einer torquierten Ovarialzyste, selbst zwischen Peritonitis und Ileus sind belanglos, wenn die Diagnose gleich bei der Laparatomie richtig gestellt wird. Hingegen darf man sich nicht täuschen lassen, wenn eine Pneumonie oder Pleuritis mit Bauchschmerzen und selbst Bauchdeckenspannung einhergeht. Die Schmerzen sind nicht so überwältigend, die Bauchdeckenspannung ist nur angedeutet, die kostale Atmung bleibt gegenüber der abdominalen zurück; auch sprechen beschleunigte Atmung und leichte Zyanose bei hohem Fieber und Schüttelfrost für Pneumonie. Bei Tabes sind eitrige Peritonitiden infolge der Analgesie unerkannt geblieben, während gastrische Krisen unter Annahme einer Ulkusperforation operiert wurden. Ein Gallensteinanfall kann besonders bei Fettleibigen

mit Meteorismus, jedoch ohne défense musculaire, mit Stuhl- und Gasverhaltung einhergehen, so daß Peritonitis oder Ileus vorgetäuscht wird. Die heftigen Schmerzen werden mehr oder weniger scharf auf einer Seite lokalisiert.

In unklaren Fällen beginnt man die Laparatomie am besten in der Ileozökalgegend (S. „Ars Medici" 1921, S. 399.) (W. kl. W. Nr. 25/26, 1922.)

Cholezystitis — Mussyscher Phrenikusdruckpunkt.

Högler und Klenkhart haben an 200 Fällen des Elisabeth-Spitales in Wien (Abteilung Prof. Falta) den großen diagnostischen Wert der Mussyschen Druckpunkte nicht nur bei thorakalen Prozessen, sondern auch bei abdominellen Erkrankungen nachgewiesen. Insbesondere erwies sich die Druckempfindlichkeit des rechten Nervus phrenicus bei negativem Lungenbefund als wichtiges Zeichen für entzündliche Prozesse in der Gallenblasengegend (Cholezystitis mit Cholelithiasis). Man untersucht am besten zwischen den beiden Köpfen des Sternokleidomastoideus, wo der Nerv am oberflächlichsten liegt und über dem M. scalenus anterior in die Tiefe umbiegt. Hier löst in positiven Fällen bereits ein leichter Druck heftige Schmerzen aus. Eventuell Vergleich mit der gesunden Seite und Ausschließen einer Headschen Zone durch Prüfung der Hautempfindlichkeit. Der Phrenikus ist bekanntlich ein gemischter Nerv, er enthält also motorische und sensible Fasern, die sich im Zwerchfell und Perikard verzweigen; der rechte Phrenikus versorgt überdies den peritonealen Überzug der Leber und der Gallenblase. Der Phrenikusdruckschmerz ist auf eine Neuralgie der sensiblen Fasern zurückzuführen. Von 35 Cholelithiasisfällen hatten 32 eine ausgesprochene Druckschmerzhaftigkeit des rechten Phrenikus. Die Operation ergab stets entzündliche Verwachsungen, auch in jenen Fällen, wo klinisch nur eine einfache Cholelithiasis gefunden wurde. Der Druckpunkt schwand nach der Cholezystektomie oder konservativen Heilung; Lunge und Pleura waren klinisch und röntgenologisch frei. Bei Ulcus duodeni oder ventriculi fehlt der Druckpunkt, wenn die Gallenblase nicht miterkrankt ist, ebenso bei Appendizitis. Wie wertvoll der Druckpunkt für die Diagnose von Gallenblasenleiden sein kann, zeigen fünf Fälle, die im schmerzfreien Intervalle nur einen rechten Phrenikusdruckpunkt aufwiesen. Im Laufe der Beobachtung traten typische Gallensteinanfälle auf. (Wiener Arch. f. i. Med., Bd. 5, H. 1, 1922.)

Aus der Praxis.

Ueber die Behandlung des hohen Blutdruckes.

Von Hofrat Prof. Dr. J. Pal, Wien.

Die Zahl, die wir bei unseren Messungsapparaten ablesen, hat nur eine relative Bedeutung. Sie ist relativ mit Rücksicht auf die Methode (Technik), das Individuum und den Ort der Messung. Was für ein Individuum hoch sein mag, kann für ein anderes noch normal sein. Individuelle, sei es auch pathologische Bedingungen erfordern einen hohen Betriebsdruck. Dieser Druck ist ein Erfordernis für die genügende Durchblutung der gesamten Organe. In solchen Fällen den Druck herabzusetzen, ist verfehlt. Anders liegt die Sache, wo es bei normalem oder übernormalem Dauerdruck zu aufgesetzten Erhöhungen des Blutdruckes gekommen ist.

Die diagnostische und unter Umständen gar nicht leicht lösbare Aufgabe im Einzelfalle geht dahin, zu erheben, wie hoch der individuelle, er-

forderliche Betriebsdruck ist. Es gilt dies ebenso für den erhöhten, wie für den zu niedrigen Druck. Wir würden schwerwiegende Fehler begehen, wollten wir z. B. bei den im Krankenhaus frisch eingelieferten Kranken nach den gleich nach der Aufnahme erhobenen Druckbefunden unsere Maßnahmen treffen. Oftmals reguliert sich der Druck in der Bettruhe von selbst nach der einen oder anderen Richtung und gibt ein anderes Bild, als es ursprünglich der Fall zu sein scheint.

Die regulierten, stationären Blutdruckverhältnisse mit einem hohen Niveau bilden nicht den Angriffspunkt der Behandlung, das heißt das Bestreben, diesen Hochdruck herabzusetzen, ist nicht richtig, insolange nicht besondere Erscheinungen dazu berechtigen. Der hohe Druck ist herabzusetzen, wenn er rasch angestiegen ist oder zu akuten gefahrdrohenden Erscheinungen Anlaß gegeben hat (z. B. Hirnblutung, Lungenödem usw.), wenn dies auch im Blutdruck sich nicht besonders ausgedrückt haben mag. Die Verminderung des Blutdruckes ist bei stationären Verhältnissen unter Umständen eine schwere Schädigung, die nicht heilend, sondern zerstörend wirken kann, weil der Kreislauf aus seinem Gleichgewicht gebracht wird.

Dementsprechend ist der Blutdruck zu vermindern in allen Vorgängen, die mit akuten Drucksteigerungen einhergehen. Hieher gehören: Die pressorischen Gefäßkrisen, die abdominellen Krisen der Arteriosklerotiker, der Tabiker, der Bleikranken, die angioneurotischen Krisen in der akuten Urämie, die Eklampsie, alle unter dem Bilde der Kongestion verlaufenden Anfälle und ihre Folgezustände, ferner die häufig mit pressorischen Krisen verlaufende Angina pectoris, die Hochspannungsdyspnoe (Asthma cardiale) und andere mehr.

Der Blutdruck ist nicht zu vermindern: bei allen stationären Hochspannungen wie die primäre, permanente (auch essentielle genannte) Hypertonie[1] und die sekundäre Hypertonie der Atherosklerose und bei gewissen Nierenerkrankungen, insolange nicht, wie erwähnt, akute Extrasteigerungen (aufgesetzte Gefäßkrisen, Apoplexie, Herzinsuffizienz, Lungenödem) sich bemerkbar machen.

Im Blutdruck kommen, abgesehen vom Anteil des Herzens zwei Faktoren zum Ausdruck, die auf das Verhalten des peripheren Apparates zurückzuführen sind, der eine Faktor ist der Kontraktionszustand der Arterien (kinetische Funktion) der andere ist die Eigenspannung der kontraktillen Zellen — ihr Tonus[2].

Der Blutdruck wird herabgesetzt durch Schädigung des Herzens oder durch eine Erschlaffung der kinetischen Elemente oder Nachlassen des Tonus der Muskelzellen der Arterien Die Erschlaffung in der kinetischen Funktion erreichen wir durch eine Reihe von Medikamenten. Von diesen gibt es solche, die direkt auf die kinetischen Elemente der Muskelzelle vorübergehend lähmend wirken, und daher die akute Drucksteigerung, die auf Kontraktion beruht, beseitigen können: Papaverin, Narkotin, sowie die anderen Körper der Benzylreihe (Benzylbenzoat, Benzylalkohol), namentlich aber das in Wasser leicht lösliche Akineton (Phthalbenzylamidsaures Natrium und Kalzium) und der Kampfer in kleinen Dosen (Kampferspiritus). Diese Mittel wirken je nach der Gabe und daher oft nur ganz vorübergehend, doch häufig genug ausreichend. Auf den ständigen Hypertonus wirken sie überhaupt nicht.

---

[1] Vgl. Pal: „Über permanente Hypertonie." M. Kl. 1909, Nr. 35 und 36. Ferner M. Kl. 1919, Nr. 27. W. m. W. 1921. W. kl. W. 1922, Nr. 36.

[2] W. m. W. 1922, Nr. 43.

Wir besitzen ferner Organpräparate, die druckherabsetzend wirken durch periphere Wirkung; dazu gehört das Extrakt aus dem Hypophysenvorderlappen und das Ovoglandol. Ihre Wirkung ist eine den Benzylpräparaten ähnliche, jedoch unverläßliche. Sie sind bezüglich ihres Angriffspunktes nicht genau geprüft

Außer diesen ist das Vasotonin zu erwähnen, das eigentlich ein Yohimbinpräparat ist, von dem ich aber allzuhäufig ganz gegenteilige Effekte, das heißt Drucksteigerung gesehen habe.

Diesen peripher wirkenden gegenüber stehen die zentral und gleichzeitig narkotisch wirkenden Narkosemittel, speziell auch das Chloralhydrat, bei welchen aber auch eine herzschädigende Komponente in Betracht kommt. Sie wirken auch auf den Tonus. Eine besondere Gruppe bilden die Nitrite (Amylnitrit, Nitroglyzerin, Erythroltetranitrat, Natr. nitrosum usw.), die durch zentrale und periphere Wirkung dilatatorischen Effekt herbeiführen, der meist sehr flüchtiger Natur ist.

Von den Mitteln, die peripher lähmend wirken, kommt nur das Atropin (bzw. Novatropin) in Betracht und das wirkt nur elektiv auf die parasympathischen Fasern und kommt daher, nur bei angiospastischen Zuständen in bestimmten Regionen, wie bei der Angina pectoris, in Betracht. Das gleiche gilt für das durch Reizung des Symphatikus wirkenden Theobromin, Koffein und Adrenalin. Sie sind bei Drucksteigerung, in anderen Fällen als bei der Angina pectoris schon wegen ihrer gefäßerregenden Wirkung nicht heranzuziehen. Mittel, die auf die Vasomotoren peripher lähmend wirken, kennen wir noch nicht.

Außer den medikamentösen Hilfsmitteln verfügen wir in der Wärme über eine wichtige Methode, Blutdrucksteigerungen beizukommen. Nur muß sich ihre Heranziehung nach dem speziellen Fall einrichten. Es kommt da Wärme in jeder Form als Umschlag, Thermophor, als Bad, warme Packung, Föhn, Diathermie usw. in Betracht, nur muß man mit Rücksicht auf die Kongestion immer auf eine Abkühlung des Kopfes bedacht sein. So leistet die Wärme besonders viel im stenokardischen Anfall (Angina pectoris) als heißes Hand- und Fußbad, warme Umschläge, weniger bei abdominellen und den allgemeinen Gefäßkrisen [1].

Eine ganz besondere Bedeutung kommt der Wirkung des Fiebers in diesen Fällen zu, indem die Temperatursteigerung in der Regel die angiospastischen Zustände vermindert in erster Linie durch Beeinflussung des Tonus der Gefäßmuskulatur. In Fieberperioden bleiben gewisse Formen der Gefäßkrisen daher aus.

Dort, wo der akute Blutdruck das Moment der Gefahr ausmacht, ist die Blutentziehung, der Aderlaß von eminenter Wirkung. Bei den stationären Zuständen, bei der permanenten Hypertonie, sind die vielfach empfohlenen, wiederholten Aderlässe nur dann am Platze, wenn sie aufgesetzte akute Zustände beseitigen sollen, keineswegs aber als Heilmittel gegen die Hypertonie. Der Wandtonus wird durch solche Blutentziehungen wohl mit der Zeit vermindert, aber in einem Zeitpunkt, in dem der Kranke zu einer irreparablen Anämie gelangt ist. Selbst große Aderlässe ändern nichts an der Hypertonie, der Blutdruck wird wohl vorübergehend infolge des Blutverlustes herabgesetzt; aber nicht der Tonus und daher befindet sich der Kranke bald in der gleichen Verfassung wie vorher.

Besonders schwierig ist nach allem die Behandlung der Hypertension bei der Hypertonie, zumal es sich bei dieser um eine erhöhte Eigenspannung der Arterienwandmuskeln handelt, die zentral unterhalten wird. In

[1] Pal: „Gefäßkrisen", Leipzig 1905.

diesen Fällen erreichen wir mehr durch Ruhe, zeitweilige Ausschaltung aus dem Berufe, durch psychische Beeinflussung als durch Medikamente. Bei diesen Kranken kommt es viel mehr auf das Wohlbefinden als auf die Blutdruckhöhe an. Balneotherapie, darunter auch Kohlensäurebäder, sind in diesem Sinne bei rationeller Anwendung oftmals sehr vorteilhaft, nur soll man den Kranken mit Blutdruckzahlen nicht behelligen.

Diätetisch ist purinarme und salzarme Kost vorteilhaft, zeitweilig laktovegetabilische Diät sehr zu empfehlen. Die Mahlzeiten sind qualitativ einzuschränken, jedoch rasche, größere Körpergewichtsschwankungen zu vermeiden. Für normalen Kauakt ist Sorge zu tragen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

1. Leide seit Kindheit an starker Hyperidrosis, besonders an Händen, Füßen und in der Achselhöhle. Muß sehr oft Schuhe und Wäsche wechseln und kann niemand die Hand reichen. Psychische Reize verstärken das Schwitzen, aber auch in der Ruhe ist es in der lästigsten Weise vorhanden. Formalin, Kalk und Zucker (auch intravenös), Chromsäure, verschiedene Puder und Salben, Atropin, Adrenalin, Röntgen erfolglos. Hypnose und Wachsuggestion mißlangen. Weiß jemand Rat? Dr. A. W. in J.

2. Wie ist die Lösung: Olei terebinthin. 1.0, Olei olivar. pur. 10.0, zu sterilisieren? Gibt es ein Werk, welches die Sterilisationsmethoden von Arzneimitteln in erschöpfender Weise behandelt? Dr. F. D. in T.

3. 35jährige, gut genährte, anämische Frau verlor 1919 die Menstruation und erkrankte 1920 an Iritis seroplastica rechts. Nach acht Monaten, nach Arsen- und Laktininjektionen kehrten die Menses wieder und ging das Augenleiden zurück. Jedoch wiederholte sich die Menstruation nur dreimal, blieb dann wieder aus, und die Frau erkrankte im Mai 1922 an Iritis seroplastica am zweiten Auge, die unverändert trotz spezialärztlicher Behandlung im akuten Stadium fortbesteht. Im Harn kein Zucker, kein Eiweiß, Tuberkulinreaktion negativ. Wie ist das Leiden aufzufassen und zu behandeln? Dr. V. S. in H.

4. 30jähriger kräftiger Mann leidet seit drei Jahren an Impotentia coeundi, mangelhafter Erektion und vorzeitiger Ejakulation noch vor Einführung des Membrum. Ist eine Möglichkeit der Genesung vorhanden? Dr. E. M. in P.

5. Wo ist das in „Ars Medici" 1922, S. 524, „ad 336" erwähnte „Aureol" zu erhalten. Dr. A. H. in W.

6. Wie sind die Erfahrungen mit Antimeristem und Novantimeristem 22 (Vakzine gegen Krebs nach Dr. O. Schmidt)? Dr. R. in B.

7. Ich bitte um Angabe der Indikationen und der Dosierung von intravenösen Traubenzuckerlösungen. Ich habe gehört, daß Prof. Redlich in Wien solche anwendet. Dr. J. R. in D.

8. Der Weckapparat für Enuretiker „Electrovox“ soll nach „Ars Medici“ 1919, S. 315 von der Firma Stiefenhofer in München hergestellt werden. Es muß ein Irrtum vorliegen, da diese Firma den Apparat nicht erzeugt. Weiß jemand, wo er zu haben ist? Dr. B. in E.

9. Ich hatte kürzlich einen septischen Abort, Frau hoch fieberhaft, Fötus längst abgestorben, Bauchfellreizung. Ich räumte den Uterus mit der Kürette aus; der Erfolg war prompt, nach drei Tagen war die Frau beschwerdefrei. Nun verklagt mich die Frau wegen fahrlässiger Handlung. Sie brachte ein ärztliches Sachverständigenzeugnis, daß die Ausräumung bei Sepsis ein schwerer Kunstfehler sei, und das Gericht verurteilte mich. Dr. J. in S.

10. Wie heilt man Morphinismus und Eukodalismus. Dr. F. in K.

11. Wie und aus welchen Materialien wird die Harzkappe zur Entfernung der mittels Röntgen epilierten Haare zubereitet? Dr. T. in S.

12. Kann mir jemand eine verläßliche Methode angeben, um geburtshilfliche Instrumente zu Hause sterilisieren, sterilisiert aufbewahren und gegebenenfalls sofort gebrauchen zu können, ohne daß sie bei der Aufbewahrung rosten? Dr. A. J. in G.

13. Welches Mittel wäre gegen andauernde, sehr heftige, schlafraubende gichtische Schmerzen der Hand zu empfehlen, Versucht wurden ergebnislos alle gangbaren Rezepte. Dr. A. J. in G.

14. Kann und soll man gesunde Kinder prophylaktisch gegen Diphtherie immunisieren? Mit welchen Dosen? Dr. A. M. in B.

15. Wie behandelt der Landarzt eine Fazialislähmung? Ohren gesund. Ich gab Salizylpräparate, dann Jodkali ohne Erfolg. Jetzt elektrisiere ich täglich. Was weiter? Dr. S. in P.

16. Bei einem 59jährigen Herrn konstatierte ich: Hypertrophie des linken Ventrikels, stark akzentuierten zweiten Aortenton, mäßige Bradykardie (60), Hypertonie und Nykturie. Es besteht also Atherosklerose der Aorta und Koronararterien. Der Mann, starker geistiger Arbeiter, Alkoholabstinent, mäßiger Raucher, hat von seiner Krankheit keinerlei Beschwerden. Lues ausgeschlossen. Ist in solchem Falle Jod- und Diuretintherapie angezeigt? Ist das Rauchen gänzlich zu verbieten? Dr. A. S. in L.

17. 26jährige Virgo, Habitus pyknisch, adipositas universalis (familiär), 90 kg bei 161 cm Körpergröße, männlicher Behaarungstypus, ziemlich starker Bartwuchs, sehr starke Fetthypertrophie der Mammae. Menstruation seit dem elften Lebensjahr, immer unregelmäßig; seit einem Jahre alle vier Wochen nur etwas blutig tingierter Schleim, ab und zu etwas Fluor. Bisherige Therapie: Moorbäder in Marienbad mit zwei Monate Wirkung, vierwöchentliche Abmagerungskur bei Lahmann war nutzlos. Ein Jahr lang Thelygan (Henning) oral mit einmaligem Erfolg, jetzt erfolglos. Durch die Oligomennorrhoe und Adipositas ist Patientin, die heiraten will, sehr deprimiert. Was wäre zu unternehmen? Dr. H. in B.

18. 16jähriger, sehr begabter (Komponist) Knabe, sehr nervös, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, sonst neurologisch ohne Befund. Vater des Kranken hat Aortenaneurysma und positiven Wassermann. Kann das Fehlen der Reflexe auf Lues hereditaria zurückzuführen sein? Literatur? Dr. H. in B.

19. Darf man Neosalvarsaninjektionen in Krampfadern an den Beinen machen? Ich habe zwei Chirurgen gefragt; der eine sagt ja, der andere nein. Dr. P. in P.

20. Ein 20jähriges Mädchen klagt über fettige Haare, die beim Frisieren schlecht liegen bleiben. Ich habe spirituöse Waschungen und Sulfur. praec., Talci ana als Puder verordnet. Was ist sonst zu tun? Kann mir jemand einen einigermaßen wohlfeilen Haarspiritus angeben?
Dr. P. in P.

21. Bei einem 21jährigen Burschen wurde vor zwei Jahren wegen eines Pyopneumothorax mit fötidem Auswurf eine Rippenresektion mit Eröffnung der Abszeßhöhle gemacht. Der damals sehr dekrepide Patient erholte sich danach zusehends, doch besteht heute noch eine etwa 6 cm tiefe, ziemlich stark sezernierende Fistel, die trotz Drainage, Einträufelung von Balsamum Copaivae und roborierender Diät nicht zur Heilung zu bringen ist. Tbc. nicht nachweisbar, Husten besteht nicht. Was wäre behufs rascherer Schließung der Fistel zu unternehmen. Dr. B. in M.

22. Habe mich vor elf Jahren in Freistunden mit Bildhauerei (Marmor) beschäftigt und konstatierte kurz darauf beginnende Dupuytrensche Sehnenkontraktur (am rechten Mittelfinger stärker als am linken), die sich langsam, aber stetig, besonders in letzter Zeit, verschlimmert. Gibt es keine wirksame medikamentöse Behandlung oder ist chirurgischer Eingriff und welcher angezeigt? Pepsinbehandlung blieb erfolglos.
Dr. F. M. in M.

23. Können nach Narkose zurückbleibende Chloroformreste noch für andere Narkosen Verwendung finden oder tritt sehr bald chemische Veränderung, bzw. Minderwertigkeit oder Giftigkeit ein? Wie sind dann solche Reste am zweckmäßigsten zu verwenden, Dr. F. K. in O.

24. Bei 36jährigem (tuberkulös hereditär belasteten) Mann erfolgte 1914 rechtsseitige Kastration wegen Hodentuberkulose. 1916 Prostatabeschwerden, Vergrößerung der Prostata, Zystitis, letzter Urintropfen blutig. Spezialist diagnostizierte aszendierende Prostatatbc., verordnete Massage, Spülungen, Salol. Der Zustand besserte sich darauf schnell. Patient ist gegenwärtig fieberfrei, hat Appetit, ist arbeitsfähig. Es besteht aber ständige Pyurie mit öfterem Harndrang; kein blutiger Harn, nachts kein Harndrang, Schmerzen in der Lumbalgegend links. Argentum-nitricum-Spülungen versagten. Instillation von 5 bis 10 cm³ 1%igen Kollargols macht den Kranken beschwerdefrei. Soll ich hier zur Operation raten, obwohl die Tbc. multilokulär ist und wegen ihrer aszendierenden Tendenz nach Entfernung der einen Niere auf die andere übergreifen könnte?
Dr. K. T. in R.

25. Wie ist der heutige Stand der Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation? Kann eine solche Erkrankung (einseitig) im ersten bis zweiten Lebensjahre von selbst heilen? Wie lange muß das Bein nach einem chirurgischen Eingriff in Gips liegen? Bleibt öfters eine Verkürzung des Beines zurück? Dr. H. in D.

26. Wie oft und nach welcher Zeit kann eine Fibrolysinkur wiederholt werden? Dr. F. K. in P.

27. Welche Mittel kann der Praktiker mit Erfolg gegen männliche Impotenz infolge Nervenschwäche anwenden. Der Kranke reagiert auf Yohimbin mit Schwindelgefühlen. Horminum-mascul.-Injektionen halfen nur ungenügend. Dr. F. V. in G.

28. Einer 35jährigen Dame starb der Gatte nach dreijähriger Ehe. Bei der Beerdigung bekam sie starken Harndrang und hat solchen seit-

her immer, wenn sie ausgeht, besonders in Gesellschaft geht; zu Hause nie. Die Frau war nie gravid, hat jetzt keinen Sexualverkehr. Genitale normal. Dr. A. G. in B.

Antworten:

Ad 232. Enuresis. Folgendes Rezept leistete mir und den Kranken gute Dienste:

Rp: Calcii carbonici 0.006
Calcii phosphor. 0.006
Ferr. phosphor. 0.006
Thyreoid-Extrakt 0.003.
M. f. pilulae Nr. L. Signa: eine Pille nach dem Essen für Kinder von vier bis sechs Jahren, zwei bis drei Pillen für ältere.

Dr. J. W. **Ehmer,** Lomira (Nordamerika).

Ad 266. Gegen Erbrechen bei Eisenbahnfahrten empfehle ich das viel gepriesene Orexinum tannicum pulv., zweimal täglich 0.4 in Oblaten.

Dr. **Haarmann,** Nörten i. Hann.

Ad 293. Hämorrhagische Diathese beim Kinde. Ich empfehle Ihnen zum Studium die schönen Arbeiten von Glanzmann über dieses Thema im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1916, Bd. 83 und 1918, Bd. 88. In einer derselben auch Therapieangabe. Dr. **Schilsky,** Rodemich i. Vogtl.

Ad 295. Zur Entfernung von Tätowierungen. Man tätowiere die gefärbten Stellen (also similia similibus) mit einer starken Lösung von Acidum tannicum. Dann reibe man die Stellen mit dem Lapisstift, bis der ganze Fleck geschwärzt ist und eine von Silbertannat gebildete Kruste entsteht. Diese Kruste fällt spontan in etwa zwei Wochen ab und hinterläßt eine rötliche Narbe, welche allmählich natürliche Hautfarbe annimmt (kopiert nach Pharmacal advonce).

Dr. J. W. **Ehmer,** Lomira (Nordamerika).

Ad 311. Intravenöse Neosalvarsaninjektionen mit einer Rekordspritze, die in Alkohol aufbewahrt und vor Gebrauch mehrere Male mit destilliertem Wasser durchgespült wurde, wurden immer gut vertragen.

Dr. **Haarmann,** Nörten i. Hann.

Ad 312. Alopecia areata gehört in das Kapitel der Mundhöhlensepsis. Jaquet und Rousseau-Decelle haben mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß die A. a. eine trophische Störung darstelle, die auf reflektorischem Wege durch Zahnfleischeiterungen hervorgerufen werde. Lyons hat neuerdings über einige auffallende Heilungen von A. a. nach Entfernung von retinierten Weisheitszähnen berichtet. Diese Befunde sollten jeden Arzt, der eine A. a. zur Behandlung bekommt, veranlassen, seinem Kranken eine sorgfältige Mundhöhlenuntersuchung und -behandlung zuteil werden zu lassen (nötigenfalls auch mit Röntgenstrahlen).

Dr. H. **Allerhand,** Lemberg.

Ad 314. Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe hat nur so lange Aussichten, als noch kein starker eitriger Ausfluß zu beobachten ist (höchstens sechs Tage nach der Infektion). Die wirksamste Prophylaxe ist, gleich innerhalb der ersten halben Stunde post cohabitationem eine 2%ige

Argentum-nitricum-Lösung in die Fossa navicularis zu träufeln. Besteht schon starker eitriger Ausfluß, so hat die Abortivbehandlung meist keinen Erfolg, sondern nur eine regelmäßige Hegonon-, später Cholevaltherapie führt zum Ziele. — Zwei Fälle habe ich abortiv nach Boyer („Ars Medici" 1921, S. 168) mit vollem Erfolg behandelt.

Dr. A. **Mattyasovszky**, Bajmok.

Ad 314. Die wirksamste Abortivbehandlung ist die mit Akatinolkathetern. Dieselben können gratis von der „Akatinolversandstelle, Herr W. Baumann in Zürich, Fröhlichstraße 28", als Versuchsmuster bezogen werden. **Dr. A. Haeberlin**, Weinfelden (Schweiz).

Ad 320. Rezidivierende Magengeschwürblutung. Die Indikation zu einer Reoperation ist in jedem einzelnen Falle individualisierend zu stellen. Im vorliegenden Falle war der Erfolg der Gastroenterostomie zehnjährige Beschwerdefreiheit. Aber die G. E. ist lediglich eine Palliativoperation, die allerdings lebensrettend wirkt. Das Ulcus ad pylorum wird jedoch nicht eliminiert; es besteht latent weiter, durch alle möglichen Noxen an definitiver solider Ausheilung verhindert. Spontan kann die Blutung stillstehen, aber unter dem Blutschorf exulzeriert das Ulkus, in die Tiefe penetrierend bis zur Serosa, wobei im günstigsten Falle eine zirkumskripte adhäsive Perigastritis die drohende Perforation verhüten könnte. Ein prinzipiell radikaler Standpunkt ist daher beim Ulkus ebensowenig klinisch rationell wie ein passiv-konservativer. Nicht jedes Ulkus neigt zur Perforation. Die perforierenden Ulzera sitzen im Gegensatz zu den günstiger situierten pylorusfernen größtenteils am Pylorus. Mit Rücksicht auf die voraussichtlich wieder auftretenden perniziösen Blutverluste bei dem debilen, arthritischen Patienten sowie nicht minder auf dessen Beruf würde ich im vorliegenden Falle die prophylaktische Operation zur Beseitigung der Quelle der permanent lebensgefährdenden Blutungen dringend anraten. Bei dem heutigen Stand der chirurgischen Technik ist von der entsprechenden Resektion gewiß eine Dauerheilung zu erwarten.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzmann.

Ad 321. Sakralanästhesie. Nach der letzten Veröffentlichung von Eymor (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 2, 1921) ist die Technik folgende: 8 cm lange Schlimpertnadel (aber auch andere Nadeln genügen); zweizeitiges Einstechen (zuerst durch die Haut in der Gegend des Sakro-kokzygealgelenkes, dann nach Abtastung der Sakralfontanelle in den Sakralkanal); am besten Injektion in Knie-Ellenbogenlage. Injektionsflüssigkeit: Lösung von Natrium chloratum puriss. pro analysi 0.3, Natrii bicarbon. puriss. pro analys. in Krusten 0.25, Aqu. bidest. ad 75.0. In diese Lösung, die jedesmal frisch zu bereiten ist, kommen hinein fünf Novokaintabletten à 0.2 g und 5 cm³ einer 10%igen Solutio Natrii sulfurosi. Diese Lösung wird vorsichtig aufgekocht, bis die fünf Tabletten gelöst sind, dann Abkühlung; nunmehr Hinzufügen von 0.3 cm³ einer Suprareninlösung 1:1000. Von dieser Lösung werden jedesmal 60 cm³ eingespritzt. Zugleich Dämmerschlaf (am Abend vor der Operation 1 g Veronal, dreieinhalb Stunden vor der Operation nochmals ½ g Veronal; zweieinhalb und eineinhalb Stunden vor der Operation Injektionen von je 0.0003 Hyoszin und 0.01 g Morphin, an Stelle des letzteren auch Holopon-Byk). Diese Art Anästhesie kommt bei allen großen Operationen zur Anwendung; kleine Eingriffe, wie Abrasio, Dilatationen, vaginale Plastiken werden nur im Dämmerschlaf oder in Lokalanästhesie ausgeführt. — Die Sakralanästhesie tritt durchschnittlich nach drei bis zehn Minuten ein und dauert ein bis eineinhalb Stunden (manchmal auch nur

kürzere Zeit, manchmal über zwei Stunden). Im allgemeinen keine ernsteren Nebenerscheinungen. Unter 1647 Sakralanästhesien ein Todesfall, der aber wahrscheinlich nicht auf die Anästhesie zurückzuführen ist.
Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 324. Schwindel und Neurasthenie. Gelegentlich sieht man bei Sympathikotonie Erfolge von parenteraler Eiweißtherapie: Kaseosan oder Xifalmilch. Versuch einer vorsichtigen Röntgenbestrahlung wäre zu machen. Ist hier mit Sicherheit ein beginnender Mediastinaltumor auszuschließen (Pupillendifferenz!)? Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 324. Spermin-Essenz (Firma Dr. Freund & Redlich, Berlin), dreimal täglich 25 bis 30 Tropfen, hat sich bei einigen Fällen mit den geschilderten Symptomen ausgezeichnet bewährt. Dr. **Haarmann**, Nörten.

Ad 326. Ausschlag und Diarrhoen. Versuch mit Normosalinfusionen nach Prof. Straub, um das hier vielleicht gestörte Ionengleichgewicht des Blutserums wieder herzustellen. Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 327. Nasenröte. Unter dem Titel „Die rote Nase" bespricht Saalfeld (M. Kl. Nr. 26, 1922) die verschiedenen Ursachen dieser Affektion: Nervosität, Genuß von heißen und scharf gewürzten Speisen, heißen Getränken, Auftreten von Nasenröte beim Übergang von kalter Luft ins warme Zimmer (in letzterem Falle vorübergehende Beseitigung durch Auflegen einer mehrfach zusammengelegten Mullkompresse, die mit Benzin getränkt ist, für wenige Sekunden auf die Nase). Bei längerer Einwirkung dieser Schädlichkeiten kann aus der flüchtigen Nasenröte eine dauernde werden (Rosacea). Andere Ursachen sind: Erkrankungen des Naseninnern oder der Nebenhöhlen, Unbilden der Witterung (viel Aufenthalt im Freien, starke Hitze), Verstopfung, chronische Metritis, bei Damen auch das Tragen eines eng an die Nase gebundenen Schleiers. Behandlung: kausal: Beseitigung der Erkrankung des Naseninnern oder der Nebenhöhlen. Bei Obstipation: Rp: Sulfuris praecipitat., Sachar. lactis ana 15.0; signa dreimal täglich eine Messerspitze bis einen Teelöffel vor dem Essen. Salol, Ichthyiol innerlich; Hefekur. Bei dauernder Nasenröte Ichthyiol oder Resorzin äußerlich, 10%ige Suprareninsalbe, in schweren Fällen Schälkur in Form einer Beta-Naphthol- oder Resorzinschälpaste usw.
Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 327. Versuch mit Ovarialpräparaten durch längere Zeit.
Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 328. Weißbelegte Zunge ohne Magendarmstörung. Bei Ausschluß von Plaques opales (luetischer Leukoplakie) handelt es sich wahrscheinlich um Auflagerung von abnorm rasch verhornten Epithelzellen, die nur mechanisch entfernt werden können. Solche Auflagerungen bilden sich z. B. bei Infektionskrankheiten, wie bei Typhus abdominalis, wo man nach Abstreifen mit dem stumpfen, umwickelten Löffelstiel keine „Typhuszunge" mehr sieht. Auch bei Tabakgenuß bilden sich solche festhaftenden Beläge, die oft membranartig aufsitzen. Mechanische Lockerung, Bepinselung (am besten mit Wattebäuschchen) mit Preglscher Lösung, Spülungen mit 5% Wasserstoffsuperoxydlösung helfen in kürzester Zeit.
Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 330. Haltbarkeit von Tetanusantitoxin. Im allgemeinen ist die Nichtverwendbarkeit nicht zu erkennen. Jedes Serum hat eine Kontrollnummer; Ablauf der Verwendbarkeit ist meist auf der Packung vermerkt,

andernfalls Erkundigung in der Fabrik unter Angabe der Kontrollnummer. Neuerdings wird Tetanusserum unbegrenzt haltbar hergestellt.

Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 332. Gummiartikel vertragen langes Liegen schlecht und werden durch Trockenheit, Hitze und Druck geschädigt. Man bewahre dieselben daher vor den angeführten Schädlichkeiten. Das Einfetten mit Vaselin behufs Aufbewahrung macht die Gummiartikel mit der Zeit rauh und ist deshalb ganz ungeeignet, wie ich mich an meinen ungebrauchten Kathetern überzeugen konnte. Hingegen ist das Einfetten mit Glyzerin, welches sich dem Gummi gegenüber neutral verhält, empfehlenswert. Es werden deshalb ungebrauchte Gummisachen mit Glyzerin eingefettet und in sterile Gaze eingehüllt oder in 2% Karbolglyzerin in entsprechende Glasdosen eingelegt und jahrelang unverändert aufbewahrt. — Behufs Auffrischung und Wiederherstellung der Elastizität hart gewordener Gummisachen empfiehlt sich nach Sauer (Pharmaz. Ztg. Nr. 50, 1915) folgendes Verfahren: Die Gummisachen werden mit einer 70%igen heißen Mischung von zehn Teilen Glyzerin in 250 Teilen Wasser übergossen und hierin ungefähr fünf Minuten belassen, darauf werden sie auf Fließpapier liegend getrocknet. Bei sehr hart gewordenen Gummisachen vermeide man vor der Vornahme dieser Auffrischungsprozedur ein Strecken verkrümmter Formen, da hiedurch irreparable Zusammenhangstrennungen entstehen. Das Aufbewahren und der Transport von Schlundbougies und Schlundröhren erfolge nur in gestrecktem Zustande; vor dem Gebrauch lege man sie zur Vermeidung jeder Läsion der glatten Oberfläche in recht warmes Wasser.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 232. Man kann sich Gummischläuche und -ballons jahrelang gebrauchsfähig erhalten, wenn man sie hängend aufbewahrt, und zwar in einem verschlossenen Blechkästchen, auf dessen Boden eine mit 3% Karbollösung gefüllte Glaschale steht. In dieser feuchten Kammer werden alle Gummisachen untergebracht. Sie hängen an Ösen, die an der Decke des Schränkchens angebracht sind. Außerdem verweise ich auf Nr. 47, 1922 der „Umschau" (Frankfurt a. M.), in welcher auf Seite 747 ein Verfahren zur Wiederherstellung starr gewordener Gummiwaren angegeben wird.

Dr. H. **Mohr**, Frankenhausen.

Ad 333. Foetor ex ore. Zu versuchen wäre Jodkali 8.0:200.0, eßlöffelweise durch einige Zeit. Dr. **Haarmann**, Nörten.

Ad 338. Luminalnatrium.

Rp: Luminal
Natrii bicarbonici ana 0.10
Aqu. dest. steril. 1.00.
Solve leni calore.

Schon in dieser starken Konzentration fällt das Luminalnatrium, das sich hier bildet, nicht aus. Achten Sie bei der Injektion darauf, daß alle Kohlensäure vorher ausgetrieben ist. Dr. **Kreeft**, Utrecht.

Ad 339. Akute Schwellung der Lippen. Dr. Franz X. Mayr, Facharzt für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Karlsbad, führt die von Ihnen beschriebenen Ödeme (das sogenannte Quinckesche Ödem) auf Verdauungsstörungen zurück, auf eine Überschwemmung des Blutes mit Darmgiften. Diese entstehen nach ihm durch Zersetzung des Darminhaltes in abnormem Grade bei unzweckmäßiger Wahl der Nahrung (zu reichliche Fleisch-Eier-Kost), bei Überfüllung des Dünndarmes, bei ungenügender Darmentleerung usw. — Sein Buch hat den Titel „Schönheit und Verdau-

ung", Verlag Süddeutsche Verlagsanstalt, München. — Selbstverständlich gilt diese Anschauung nur bei Ausschließung von kardialen oder renalen Ursachen. Dr. E. **Arnstein**, Teplitz-Schönau.

Ad 340. Otosklerose. Als Hörapparat wären die von der Deutschen Akustik-Gesellschaft (Wien V., Blechturmgasse 20) hergestellten zu empfehlen. Die Wahl müßte vom Patienten selbst getroffen werden, da manche Apparate störende Nebengeräusche verursachen. Zur Auskultation wäre das Phonendoskop zu versuchen, das bimanuell zu verwenden ist und schallverstärkend wirkt. Dozent Dr. G. **Bondy**, Wien.

Ad 340. Lassen Sie sich von der Firma C. H. Böhringer in Nieder-Ingelheim a. Rh. eine Schachtel mit sechs Ampullen Panitrin und die dazu gehörige Literatur kommen. Ein Versuch ist aussichtsreich
Dr. E. **Katzschmann**, Hindenburg.

Ad 340. „Panitrin"-Ingelheim soll bei Otosklerose in vielen Fällen sehr guten Erfolg haben. Über eigene Erfahrungen verfüge ich nicht.
Dr. S. **Stockmayer**, Stammersdorf.

Ad 340. Im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 42, 1922 findet sich die Beschreibung eines Hörrohres für den Geburtshelfer, welches am Kopfe des Arztes befestigt wird und angeblich auch Schwerhörigen gestattet, die kindlichen Herztöne zu vernehmen. Das Instrument ist bei der Firma Reiner in Wien zu haben. **Die Red.**

Ad 345. Listerine ist eine in England und Amerika gebräuchliche antiseptische Lösung von folgender Zusammensetzung: 15 g Benzoesäure, 5 g Thymol, je 5 Tropfen Eukalyptol und Gaultheriaöl, 3 Tropfen Pfefferminzöl und 1 Tropfen Thymianöl in 100 g Weingeist gelöst und mit einer Lösung von 20 g Borsäure in 360 g Wasser vermischt.
Mr. **Janauer**, Apotheker, Feldkirch.

Ad 345. Lamberts Listerine besteht aus Acid. boric. 20, Acid. benzoic. 1, Thymol 1, Eukalyptol 0.25, Oleum Menth. piper. 0.5, Oleum Gaultheria 0.25, Oleum Thymi 0.1, Alkohol 250, Aqu. ad 1000.
Tiger-Apotheke, Wien IX.

Ad 348. Einschlafen und Heißsein der Hände. Unter den nervösen Symptomen der Diathesis urica erwähnt Osler in seinem Lehrbuch der inneren Medizin als „häufige Erscheinung das Auftreten von Hitze und Jucken in den Füßen besonders nachts. Strabo nannte dieses Symptom das Lispeln der Gicht, wie Plutarch erwähnt". Wahrscheinlich liegt bei Ihren Fällen Ähnliches vor. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 353. Pessarbehandlung. Die Weite des introitus ist nicht immer maßgebend für die Größe des Pessars. Am besten zwei Pessargrößen zur Auswahl ordinieren. Zelluloid- und Hartgummipessare lassen sich zudem leicht in heißem Wasser in die gewünschte Form bringen.
Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 355. Über hämorrhagische Erosionen des Mastdarmes erschienen in letzter Zeit zwei Arbeiten: Westphal in M. m. W. Nr. 41, 1921 und Pfister in M. m. W. Nr. 48, 1922. Die Diagnose ist nur nach rektoskopischer Untersuchung mit Sicherheit zu stellen. Therapeutisch empfiehlt sich reizarme schlackenlose Kost, Einläufe mit ½% Tanninlösung, Calcium lacticum dreimal täglich einen schwachen Kaffeelöffel per os. Ferner könnte ein Versuch mit Spülungen mit 0.1% Argentum-nitricum-Lösung gemacht werden, wobei aber darauf zu achten wäre, daß durch

Liegenlassen des Darmrohres die Lapislösung wieder abfließt. Derartige Spülungen mit Lapislösung sollten aber nur selten angewendet werden.

Dozent Dr. W. **Denk**, Wien.

Ad 355. Empfehlenswert wäre eine kleine Probeexzision und Untersuchung, ob es sich etwa um einen tuberkulösen Prozeß handelt. Versuch mit Seifensitzbädern und Ichthyolsuppositorien. Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 355. Vielleicht handelt es sich nicht nur um Erosionen des Mastdarmes, sondern liegt überhaupt eine Colitis ulcerosa vor. In diesem Falle würde ich raten, eine sehr einfache, aber selten geübte Therapie einzuschlagen, die Prof. S t e p p in Gießen empfohlen hat (Ctrlbl. f. i. Med. 1917), nämlich die Verordnung von Azidol-Pepsin innerlich. Sie können natürlich auch Salzsäure plus Pepsin nehmen, etwa in der Formel: Acidi hydrochlorici dilut. 20.0, Pepsini 5.0, Aqu. dest. 100.0. Davon einen Teelöffel voll in einem Glas Wasser während des Essens zu trinken. Vielleicht tuts auch Salzsäure allein. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 356. Pertussis. In Konstantinopel lernte ich gegen Keuchhusten der Kinder folgendes Mittel kennen und habe es seitdem mit Erfolg angewendet:

Rp: Kalii carbonici 2.5
Coccionellae 2.0
Rad. liquirit.
Sachari ana 5.0.
D. S. Alle zwei Stunden einen Kaffeelöffel in Wasser.

Dr. E. **Katzschmann**, Hindenburg.

Ad 356. In meiner Landpraxis hatte ich gegen Pertussis gute Erfolge: in den Anfangsstadien mit Chininum sulfuricum oder bromatum (Dosis je nach dem Alter der Kinder), dann mit 2%igen Lapis-Pinselungen, die sich gut bewährten. Außer den in „Ars Medici" 1922, S. 560 von Herrn Prof. Leiner empfohlenen Medikamenten kann man noch Droserin (Dr. R. & Dr. O. Weil, Frankfurt a. M.) anwenden.

Dr. J. **Dobrodolac**, Sarajewo.

Ad 356. Für die Behandlung f r i s c h e r Keuchhustenfälle, auch ganz junger Säuglinge, kann ich die Präparate „Pilka" (Zyma, A.-G., Nyon, Schweiz) und „Drosithym" (Bürger, Wernigerode a. Harz) nach mehrjähriger Erfahrung dringend empfehlen. Die höchst einfache Anwendungsweise (einige Tropfen täglich) sowie die völlige Unschädlichkeit erscheinen wir im Gegensatz zu vielen anderen empfohlenen Mitteln ganz gewaltige Vorzüge zu sein. Dr. A. **Mannlicher**, Mattsee.

Ad 357. Schwere Kinderdiarrhoe. Die in der Anfrage in den Vordergrund gestellte medikamentöse Therapie hat in der Praxis bei den Fällen von Dekomposition (im skizzierten Falle dürfte es sich um Hinzutreten einer Toxikose zur Dekomposition handeln) weit hinter die Diättherapie zurückzutreten. Bei der therapeutischen Beurteilung derartiger Fälle muß die vorhergegangene Ernährungsmethode solcher Säuglinge gekannt sein, ihre schädlichen Seiten (Überwiegen des einzelnen Nahrungsbestandteiles vor den anderen) vermieden, die Toleranz des Kindes berücksichtigt werden. Für den einzelnen Fall läßt sich kaum allgemein Gültiges sagen. Die besten Ratschläge dürfte man wohl aus der zweiten Auflage des Finkelsteinschen Lehrbuches der Säuglingskrankheiten holen können.

Dozent Dr. R. **Neurath**, Wien.

Ad 359. Entropium. Wenn es sich um ein sehr schweres Entropium handelt, wäre eine Canthoplastik, eventuell in Verbindung mit der Exzision eines horizontalen Hautstreifens aus dem Unterlid zweckmäßig. — Injektion einer 2%igen Novokainlösung (2 cm³) etwa 1½ bis 2 cm vom Lidwinkel entfernt bewirkt Lähmung des Orbikularis (Akinesie), aber nur vorübergehend. — Von Kokainsalben ist abzuraten. Vielleicht leistet Argentum colloidale (1 bis 2%) zweimal täglich gute Dienste. Später nach Aufhören der Sekretion dürfte wohl Collyrium adstringens lut. angezeigt sein. Besteht gleichzeitig Acne rosacea?

Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Ad 360. Diarrhoen bei Scharlach. Calomel. Ein Eßlöffel aufgewärmte Knochenkohle (Spodium) mit 200 g lauwarmem Wasser zweimal täglich als Klisma. — Rp: Saloli 3.0 bis 5.0, Boli alb. 20.0, Aqu. dest. 80.0, Syrup. cort. Aurant. 30.0; täglich drei- bis viermal einen Kaffeelöffel.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 3. Iritis seroplastica. Ist ein gynäkologischer Befund erhoben? Wassermann? Bis zu welcher Dosis wurde die diagnostische Tuberkulininjektion durchgeführt? Ist eine chronische Gonorrhoe sicher auszuschließen? Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien

Ad 4. Impotentia coeundi. Für die Behandlung dieses Falles — Impotentia nervosa — kommt psychische, mechanische und medikamentöse Therapie in Frage. Casper vergleicht dieses Krankheitsbild mit einem Beleuchtungsapparat, der aus einer elektrischen Batterie besteht, die durch Leitungsschnüre mit einem Platindraht verbunden ist. Die Spannung der Batterie ist aber so groß, daß jedesmal beim Schließen des Stromes der Platindraht durchglüht, ohne daß es zu einem dauernden Lichteffekt kommt. Hier ist alles gesund: Batterie, Leitungsschnüre und Draht, und dennoch funktioniert der Apparat nicht, wie er soll. Wie nun beim Beleuchtungsapparat die Batterie zu stark gespannt ist, so arbeiten hier die nervösen Organe zu stark, sie bringen zu schnell den Höhepunkt des Orgasmus, die Ejakulation, zustande, womit die Fähigkeit den Koitus fortzuführen erlischt. — Die psychische Behandlung hat die Ursachen dieser Störung aufzudecken, dem Patienten sexuelle Ruhe zu empfehlen, um den Sexualorganen Gelegenheit zur Ansammlung von Spannkraft zu gönnen: Regelung der Diät und Hygiene (Masturbation! Tabak!). — Laue bis kalte Bäder mit nachfolgender kalter Dusche auf die Wirbelsäule. Galvanischer und faradischer Strom. Metallsonden, Ätzungen der pars prostatica urethrae, Psychrophor. — Von Medikamenten kommt die Gruppe der Aphrodisiaka in Betracht: Atropin, Phosphor, Yohimbin, Ergotin, Testikelpräparate. Hammond empfiehlt:

Rp: Zinci phosphorat. 0.6
Extr. nucis vom. 2.0
Extr. et pulv. liquirit. quant suff. ut fiant suppositor. Nr. C.
S. Dreimal täglich ein Zäpfchen.

Auch Adrenalin kann versucht werden:

Rp: Sol. Adrenalini (1:1000) 0.5
Butyr. Cacao qu. suff. ut fiat suppos.
Da tales doses Nr. X. Signa ein bis zwei Zäpfchen täglich.

Dozent Dr. A. **Perutz**, Wien.

Ad 5. Aureol. In meiner Antwort auf die Frage Nr. 336 über das vorzeitige Ergrauen der Haare wurde das Präparat Aureol erwähnt, über dessen Herkunft und Verwendungsart seither mehrere Anfragen bei der Redaktion eingelaufen sind. Ich habe es als Beispiel erwähnt; es gibt selbstverständlich eine große Anzahl gewiß gleichwertiger Präparate. Ich habe es zufällig vor Jahren in Deutschland kennen gelernt und bei den Patienten, denen ich es seit langer Zeit verordnet habe, nie ungünstige Nebenwirkungen gesehen; außerdem hat es den Vorzug einer gewissen Handlichkeit. Freilich ist zu raten, bei stärker ergrauten Haaren das erste Mal den Friseur die Färbung vornehmen zu lassen, der einen gleichmäßigen Farbenton leichter zustande bringt, wenn er Henna u. dgl. mit verwendet. Zum zeitweiligen Nachfärben, das nun jeder selbst besorgen kann, genügt dann der Gebrauch des genannten Präparates in der entsprechenden Farbennuance. — Das Präparat wird von der Parfümeriefabrik Schwarzlose in Berlin erzeugt und ist durch jede größere Drogerie zu beziehen. Es wird in verschiedenen Schattierungen von blond, hellbraun, mittelbraun, dunkelbraun, schwarz, rötlich usw. hergestellt. Es liegt eine gute Gebrauchsanweisung bei, nur die Auftragung geschieht besser mit einem Haarpinsel als, wie dort vorgeschrieben, mit einem Kamm. Das Haar wird in Abständen von etwa 1 cm gescheitelt, die Flüssigkeit immer nach derselben Seite, z. B. von rechts nach links, aufgetragen. Die Färbung ist sehr haltbar. Sehr häufiger Gebrauch von Spirituosen, wie sie z. B. bei Seborrhoe vorgeschrieben sind, scheint die Färbung etwas schneller zu zerstören.

Dr. Marie **Frischauf-Pappenheim**, Wien.

Ad 7. Intravenöse Traubenzuckerinfusionen. Wir verwenden jetzt öfters Traubenzuckerlösungen gegen heftige Kopfschmerzen, speziell wenn Hinweise für Drucksteigerung infolge von Liquorstauung oder -hypersekretion vorliegen. Dosis 10 bis 20 g der 40%igen Lösung. Erfolge mitunter recht gut. Im übrigen kann auf Prof. Stejskals Broschüre über Osmosetherapie (siehe „Ars Medici" 1921, S. 102 und diese Nummer S. 46) verwiesen werden.

Prof. Dr. E. **Redlich**, Wien.

Ad 9. Fieberhafter Abort. Früher galt das Ausräumen jedes fieberhaften Abortus als Grundregel. Im Jahre 1909 empfahl Prof. Winter in Königsberg, bei fieberhaften Aborten konservativ vorzugehen, und es entspann sich seitdem in der Fachliteratur eine lebhafte Diskussion über dieses Thema. Man kann sagen, daß noch immer die Zahl der das aktive Vorgehen empfehlenden Fachärzte größer ist als die ihrer Gegner. Sie finden die Namen der Führer beider Parteien in unserem Referat in „Ars Medici" 1921, S. 206. Wir haben dort als Extrakt der gesamten Fachliteratur dem praktischen Arzt zwar empfohlen, bei bestehender Adnexschwellung oder Bauchfellentzündung lieber konservativ vorzugehen. Der Grund der empfohlenen Zurückhaltung ist weniger die Furcht zu schaden, als die Erwägung, daß von diesen Fällen mit oder ohne Ausräumung etwa die Hälfte verloren ist, und daß bei schlechtem Ausgang die Schuld dem operierenden Arzt zugeschoben werden könnte. Erst in der letzten Zeit hat sich ein so hervorragender Gynäkologe wie Prof. Döderlein wieder geäußert, daß das Belassen eines septischen Fötus im Uterus, wenn man ihn beseitigen kann, ein Fehler, die konservative Therapie des fieberhaften Abortes also eine „Irrlehre" sei, vgl. „Ars Medici" 1922, S. 161. Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß wir zwar mit den meisten Autoren bei schon bestehender Sepsis das Abwarten empfehlen aber von einem Kunst-

fehler kann in Ihrem Falle gar keine Rede sein, 1. weil die Ansichten über aktives oder abwartendes Vorgehen unter den Fachautoritäten noch geteilt sind und 2. weil Sie ja gewiß keinen Schaden gestiftet, sondern im Gegenteil wahrscheinlich wesentlich zur Rettung der Kranken beigetragen haben, denn — wie gesagt — sterben von den septischen Abortfällen mit Bauchfellrefzung etwa 50% — Verlangen Sie daher das Gutachten einer Fachautorität oder einer Universitätsfakultät, und das Fehlurteil des Gerichtes wird sicher richtig gestellt werden. **Die Red.**

Ad 14. Die präventive Schutzimpfung gegen Diphtherie hat nur dann zu erfolgen, wenn Kinder der Ansteckungsgefahr durch Beisammensein mit Diphtheriekranken ausgesetzt waren. Es sind dann 300 AE (Nr. 0 des Wiener Serums) zu injizieren. Diese (passive) Immunisierung ist nicht von langer Dauer (etwa 14 Tage), hat also keinen Zweck, wenn nicht eine Ansteckungsmöglichkeit vorliegt. Sie kann sogar einer eventuell nötig werdenden therapeutischen Injektion (wegen Gefahr der Anaphylaxie bei Reinjektion nach längerem Intervall) im Wege stehen und ist deshalb auf Fälle zu beschränken, bei welchen hohe Ansteckungsmöglichkeit vorliegt. Prof. Dr. E. **Přibram**, Wien.

Ad 15. Fazialislähmung. Es ist unbedingt zu raten, galvanische Behandlung fortzusetzen: tägliche Applikation, Kathode auf den Nervenstamm (8 bis 10 cm² breite Platte), etwa zwei bis drei Milliampère, Einzelsitzungsdauer nur wenige Minuten; langsames An- und Abschwellenlassen des Stromes bei galvanischer Behandlung stets unbedingt erforderlich; Elektroden gut umwickeln und polstern (um bei zufälligen stärkeren Stromschwankungen oder -anschwellungen Verätzungen und Schwindel zu vermeiden), aber wegen des Hautwiderstandes sehr gut durchfeuchten. Der faradische Strom ist bei initialen Fällen zu vermeiden; erst in der vollen Restitutionsentwicklung ist er zur Übung der sich erholenden Muskulatur (neben dem galvanischen Strom, der auch hiezu, und zwar schon etwas früher anwendbar ist) in nicht zu starker Dosierung zu applizieren. Ferner empfiehlt sich Vakzineurin schon jetzt (intraglutäal, in starker Verdünnung auch intravenös), beginnend mit Serie I. Besteht Lagophthalmus, so ist das betroffene Auge vor Staub und Wind zu schützen. Die gelähmte Gesichtshälfte ist überhaupt gegen Kälte, Zugluft usw. gut zu verwahren.

Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 17. Adipositas und Oligomenorrhoe. Achten Sie auf die Möglichkeit eines Tumors der Nebennierenrinde. Ergeben sich sichere Anhaltspunkte für einen solchen nicht, dann würde ich zu einer sehr vorsichtigen sogenannten Reizbestrahlung durch einen erstklassigen Röntgenfachmann raten. Eine zu hohe Röntgendosis könnte das Gegenteil dessen herbeiführen, was hier erstrebt wird. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 18. Die **Areflexie** bei dem Sohn eines Luetikers ist auf syphilitischen Ursprung außerordentlich suspekt. Es könnte sich da um eine sogenannte rudimentäre, das heißt nicht progrediente, stationäre Tabes infantilis handeln, analog dem bei Erwachsenen bekannten Zustandsbild, wofern nicht doch noch später sich andere tabische Symptome einstellen. Sonst käme noch eine konstitutionelle Areflexie in Frage, das heißt der seltene Zustand einer Entwicklungsstörung im Bereiche der betreffenden Reflexbogen, der hier etwa durch Keimschädigung zustande gekommen sein könnte. Selbstverständlich sind andere Ursachen auszuschließen, wie Areflexie durch vorhergegangene Poliomyelitis, Polyneuritis (Diphtherie!)

usw. Die Wassermann-Reaktion und die Liquoruntersuchung können in diesem Falle die für die Prognose und Therapie außerordentlich wichtige Entscheidung bringen, ob es sich um eine der spezifischen Behandlung bedürftige spezifische Krankheitserscheinung oder um einen harmlosen „Schönheitsfehler“ der Rückenmarkskonstruktion handelt.

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 19. Neosalvarsan in Krampfadern. In abgesackte Krampfadern möchte ich die Neosalvarsaninjektion nicht machen, weil in diesen manchmal eine sehr träge Zirkulation besteht und die Möglichkeit vorliegt, daß die Salvarsanlösung zu lange in einem Venenabschnitt bleibt und die Gefäßwand schädigt. Es werden sich da immer Venen finden, die einen guten Abfluß gewährleisten, und diese möchte ich zur Injektion wählen.

Prof. Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 19. Bei Frauen, Fettleibigen usw., wo die Ellenbeugevenen schwer zu finden find, kann ohneweiters eine der oft deutlichen Venen am Handgelenk oder am Knöchel zur Neosalvarsaninjektion gewählt werden. Bei Kindern wurde Salvarsan schon wiederholt in die Vena jugularis oder in einen Sinus injiziert. Aber in allen erwähnten Fällen handelt es sich um normale Venen. In varikös erweiterte Venen möchten wir die Injektion nicht empfehlen, denn oft sind solche von der Zirkulation fast abgeschnitten, der therapeutische Effekt des Salvarsans kann daher nicht zur Geltung kommen, das lange Verweilen des Salvarsans in der Vene wird leicht zur Nekrose der durch ihre varikösе Erweiterung an sich schon geschädigten Venenwand führen. **Die Red.**

Ad 20. Gegen das fette Haar möchte ich Waschungen mit Schwefelleber empfehlen; ein Eßlöffel Schwefelleber in 1 l sehr heißen Wassers möglichst gut gelöst; diese Lösung wird mit zwei weiteren Liter Wasser versetzt. Zuerst wird der Kopf mit Seife sehr gut gewaschen, dann in dem warmen Schwefelleberbad 10 bis 15 Minuten gebadet, dann mit reinem Wasser gut abgespült und das Haar getrocknet. Diese Prozedur wird wiederholt, wenn das Haar wieder fett zu werden beginnt.

Prof. Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 21. Fistel nach Rippenresektion. Die Existenz der sezernierenden Fistel beweist, daß in der Tiefe sich noch eine sezernierende Eiterhöhle befindet. Solange diese besteht, wird die Fistel offen bleiben und sezernieren. Zu deren sicherer Beseitigung dürfte es kaum einen anderen Weg geben als den einer Thorakoplastik, das heißt Rippenresektion in genügender Ausdehnung, um die Wände der Eiterhöhle in gegenseitigen Kontakt und damit die Höhle selbst zur Obliteration zu bringen.

Prof. Dr. J. **Sorgo**, Wien.

Ad 23. Chloroform sollte zur Narkose überhaupt nicht mehr verwendet werden. Restbestände von Chloroform sind in der Regel bald unbrauchbar, da es (namentlich bei Lichtzutritt) leicht zersetzlich ist. Man könnte sie höchstens zu Einreibungen oder als Lösungsmittel für Guttapercha (Traumaticin) verwenden. Dr. L. **Moszkowicz**, Wien.

Ad 24. Hodentuberkulose. Die in kurzen und prägnanten Schlagworten mitgeteilte Krankengeschichte erlaubt eine recht präzise Diagnosestellung: Tbc. testis, prostatae oder vesiculae spermaticae und renis sinistri. Eine genaue klinisch-urologische Untersuchung hat jetzt noch festzustellen,

wie der Zustand der rechten Niere ist. Fällt die Nierenfunktionsprüfung günstig aus, so ist die Nephrektomie absolut und dringend indiziert. Sollte die Untersuchung weiter ergeben, daß auch eine Samenblase tuberkulös erkrankt ist, so wäre die Spermatozystektomie als sekundäre Operation durchzuführen. Jedenfalls tut in einem derartigen Falle Eile not, damit man den Kranken vor einer weiteren Propagation der Tbc. bewahrt. Die Prognose der Operation ist als durchaus günstig zu bezeichnen. Vor Lapis- und Kollargolbehandlung der Blase ist zu warnen, denn tuberkulöse Blasen reagieren oft sehr schlecht auf diese Medikation.

Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 25. Luxatio coxae congenita. Spontanheilungen sind in vereinzelten Fällen nur bei der sogenannten unvollständigen Luxation beobachtet worden. Eine Selbstheilung bei einer komplett dislozierten Hüftluxation ist undenkbar. Die Verbandbehandlung dauert ein halbes bis zu einem vollen Jahr. Die günstigen Fälle weniger, die ungünstigen dauern etwas länger. Nach gelungener Reposition besteht keine Verkürzung mehr. — Eine kurze Darstellung des gegenwärtigen Standes der Behandlung der angeborenen Hüftluxation erscheint demnächst in dieser Zeitschrift.

Dozent Dr. J. **Hass**, Wien.

Ad 26. Fibrolysininjektionen haben sich auch bei zweitägiger und sogar täglicher Anwendung bisher nie als schädlich erwiesen. Die übliche Dosis ist etwa 15 bis 20 Injektionen in zweitägigen Intervallen. Eine Wiederholung dieser Kur kann nach vierwöchentlicher Pause ohneweiters erfolgen.

Die Red.

Ad 27. Impotenz. Siehe oben „ad 4".

Instrumente und Apparate.

Einen Apparat zur Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten nach Dr. G. Katz (Berlin) offeriert die Firma Ernst Leitz in Berlin NW 6, Luisenstraße 45. Derselbe besteht aus einem Holzstativ mit zehn Präzisionspipetten und einer modifizierten Pravazspritze, die genau 2 cm^3 faßt und in 20 Teilstriche eingeteilt ist. Die beiliegende genaue Gebrauchsanweisung enthält auch Angaben über die diagnostische Verwertung der Befunde. Preis Mark 5200.—. (Ztschr. f. Tbc., Bd. 35, H. 6.)

Stethoskop zur auskultatorischen Blutdruckmessung. Der Erfinder dieses in „Ars Medici" 1922, S. 382 beschriebenen Instrumentes teilt uns mit, daß dieses noch nicht im Handel ist. Interessenten wollen sich direkt wenden an Dr. med. J. Bamberger, Bad Kissingen.

Medikamente.

Jecarobin ist eine homogene und haltbare Lebertran-Emulsion in Verbindung mit Honig, Malz und laktophosphorsaurem Kalk. Sie wird auch mit 2% Kal. sulfoguajacolicum unter dem Namen „Jecarobin-Guajakobat" erzeugt. Der ranzige Geschmack und widrige Geruch des Lebertrans sind vollkommen korrigiert, und die Kinder nehmen das Präparat gern. Dr. E. Wartmann lobt seine Erfolge bei Rhachitis, Skrofulose und Unterernährung.

Rejuven nennt sich ein nach den Angaben von Pariser und Prof. A. Löwy hergestelltes Hodenpräparat, dessen Einnahme „verjüngende Wirkung" im Sinne Steinachs ausüben soll. Das Medikament enthält alle Teile des Hodens, der Zwischendrüse usw. Man nimmt drei- bis viermal täglich eine Tablette à 0.5 g (= etwa 3.5 g frischer Drüsensubstanz). Eine Kur dauert drei bis sechs Wochen. — Erzeuger: Chemische Fabrik Dr. Laboschin, Berlin. (D. m. W. Nr. 41, 1922.)

Der Val Sinestra-Schlamm weist nach einer Arbeit von A. Nadig (Val Sinestra, Schweiz) besondere Heilkraft auf, die auf den ungewöhnlich hohen Radiumgehalt dieses Schlammes zurückzuführen sein dürfte. Insbesondere interessieren die Erfolge bei Gicht, Rheumatismus, Neuralgien (Ischias!), Frauenleiden und Hautkrankheiten (Psoriasis!). (Schweiz. Rundschau. f Med. Nr. 9/10, 1922.)

Notizen.

Gute Bücher.

Grundriß und Atlas der speziellen Chirurgie von Prof. Dr. G. Sultan. Band I. — Lehmanns med. Handatlanten, Bd. 36, Verlag J. F. Lehmann in München — Das prachtvoll ausgestattete Buch (40 Tafeln, 245 meist mehrfarbige Abbildungen) ist in neuer und sehr erweiterter Auflage erschienen. Das reiche Abbildungsmaterial ist außerordentlich lehrreich und einprägsam. Wer einmal die Bilder der Noma, des Hautemphysems, der Spina bifida usw. gesehen hat, wird diese Krankheitsbilder wohl stets auf den ersten Blick erkennen. Ebenso sind die Operationen durch genaueste Abbildungen erläutert und sofort verständlich. Der Preis des Werkes ist Mark 16.—, multipliziert mit dem jeweiligen Teuerungsfaktor, gegenwärtig multipliziert mit 210.

Grundlagen der Osmotherapie. Von Prof. Dr. K. Stejskal (Wien), Verlag J. Šafař 1922. Die aus den Vorträgen und Publikationen des Verfassers bekannte Osmotherapie wird in diesem Büchlein zusammengefaßt dargestellt und erweitert durch Untersuchungen zahlreicher Autoren, die die Erfahrungen des Verfassers stützen und das Indikationsgebiet vergrößern. Da die Medizin nicht allzureich an wirksamen Mitteln ist, die ohne Gefahr einer Schädigung ein erkranktes Organ günstig beeinflussen, wird dieses lesenswerte Büchlein sicherlich der endovenösen Injektionstherapie mit hypertonischen Lösungen zahlreiche Anhänger zuführen und vor allem zu ernster Nachprüfung in noch breiterem Maßstabe anregen.

Elias, Jagić und Luger: „Leitfaden der klinischen Krankenuntersuchung." Verlag Urban & Schwarzenberg, 1922. 124 Seiten. Lückenlose Darstellung der modernen Methoden der Perkussion, Palpation, Auskultation usw.

Medizinal-Kalender und ärztliches Taschenbuch pro 1923, redigiert von Obermedizinalrat Dr. A. Kronfeld. Preis K 32.000.—. Verlag M. Perles, Wien.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise für 1923:

Für das I. Halbjahr 1923 portofrei:

Österreich K 12.000.—, **Deutschland** Mk. 1000.—, **Ungarn** ung. K 500.—, **Polen** poln. Mk. 4000.—.

Für 1923 ganzjährig portofrei:

Tschecho-Slowakei č. K 30.—, **Italien** Lire 12.—, **SHS.** Dinar 40.—, **Rumänien** Lei 80.—, **Schweiz** Fr. 8.—, **Frankreich** Fr. 10.—, **Skandinavien** skand. K 6.—, **Holland** h. fl. 4.—, **England und Kolonien** Sh. 6.—, **Amerika** Dollar 1½, **Finnland** finn. Mk. 30.—, **Bulgarien** Lewa 80.—.

Die Jahrgänge 1911 bis 1922 kosten gebunden je K 20.000.—, Mk. 2000.—, č. K 30.—, poln. Mk. 8000.—, ungar. K 1000.—, Dinar 40.—, Lire 12.—, Lei 100.—, Fr. 8.—, skand. K 6.—, h. fl. 4.—, Dollar 1½.

Leinen-Einbanddecken 1922 und früherer Jahrgänge K 8000.— Mk. 800.—, č. K 5.—, Fr. 1.—, skand. K 1.—, h. fl. —.50.

Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Seit 1. Jänner 1923 erscheint auch eine Ausgabe der „Ars Medici" in **englischer Sprache.**

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993 — **Italien:** Banca Commerciale Triestina in Triest. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.



* An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.



Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien. Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 21563

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 2. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Februar 1923.

An unsere verehrten Abonnenten in Deutschland!

Infolge der Markkatastrophe sind wir leider gezwungen, den Bezugspreis für das I. Halbjahr für Deutschland

auf Mark 5000.—

zu erhöhen.

Interne Medizin.

Akute Polyarthritis, Sepsis post abortum oder partum — Jodkollargol (Heyden) venös.

Schaefer (Berlin) sah überraschende Heilerfolge in einigen Fällen. Da die Lösung stets frisch bereitet werden muß, ist das Jodkollargol in fester Form zu 0.02 g in großen Ampullen von 20 cm³ Inhalt im Handel, in welchen es erst durch Zugabe von 10 cm³ sterilen warmen Wassers zu einer 2‰igen Lösung gebracht werden muß. Nach etwa zwei Stunden wird es venös injiziert. Voigt empfiehlt zwecks vollkommener Verteilung noch länger zu warten. Man beginnt mit 6 cm³ und steigt bis 10 cm³. Die Injektionen wurden stets gut vertragen. Ein bis drei Stunden nach der Injektion trat Schüttelfrost auf, doch erfolgte stets spätestens nach der zweiten Injektion meist kritischer Temperaturabfall. Erneuter Fieberanstieg erfordert Reinjektion. Bei akuter Polyarthritis erfolgte mit der Entfieberung zugleich überraschend schnell Abschwellen der Gelenke und Aufhören der Schmerzen. Auch in den Sepsisfällen war der Erfolg oft augenscheinlich. Das Mittel wirkt nach zwei Richtungen hin: durch die Eiweißkomponente ergotrop oder protoplasmaaktivierend, durch das Jod und Silber ätiotrop und bakterizid. (M. Kl. Nr. 41, 1922.)

Bromkalzium venös bei Lungentbc. und in der Frauenheilkunde.

Dezsö Mandl (Budapest) verweist zunächst auf seine bereits 1917 publizierten und seither vielfach bestätigten Erfolge der symptomatischen Kalktherapie bei Lungentbc. Das Schwitzen der Tuberkulösen wird schon durch innerliche Kalktherapie (Ca lact.) von wenigen Tagen durch drei bis vier Wochen bedeutend herabgesetzt. Schwerste, schmerzhafte

spezifische Diarrhoen wurden durch eine oder mehrere Injektionen von 10 cm^3 einer am besten 10%igen $CaCl_2$-Lösung gestillt. Gegen Hämoptoe genügt meist eine Injektion von 10 cm^3 der 5%igen Lösung.

Seither hat Mandl bei den verschiedensten Organblutungen und namentlich bei gynäkologischen Blutungen (Dysmenorrhoe, Meno- und Metrorrhagien), bei denen Ergotin, Ovarialpräparate usw. versagt hatten, mit venösen Kalkinjektionen überraschend gute Erfolge erzielt. Er injiziert jetzt an Stelle des $CaCl_2$ das Bromkalzium, 10 cm^3 einer 5%igen Lösung, die sich mit Ausnahme bei tuberkulösen Diarrhoen als die optimale erwies. $CaBr_2$ ist dem $CaCl_2$ therapeutisch gleichwertig, letzterem aber praktisch vorzuziehen, weil es nicht so leicht Infiltrationen und Nekrosen macht. Die harmlosen Nebenwirkungen sind die gleichen: Hitzegefühl, Rötung des Gesichtes und Schweißausbruch unmittelbar nach der Injektion. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 10, 1922.)

Dextrokardie durch chronische Lungentuberkulose.

Verlagerungen der Organe der Brusthöhle kommen bei der chronischen Lungentbc. häufig zur Beobachtung, insbesondere seitdem wir sie mit dem Röntgenapparat leicht nachweisen können. Verdrängungen des Herzens nach links scheinen im allgemeinen eher zu Herzbeschwerden und Tachykardie zu führen als solche nach rechts. Gar nicht so selten scheint vollkommene Verlagerung des Herzens nach rechts zu sein. Hecht (Rohrbach-Heidelberg) beschreibt mehrere Fälle und zitiert schon früher veröffentlichte. Auffallend ist bei allen solchen erworbenen Dextrokardien die Geringfügigkeit subjektiver Krankheitssymptome und funktioneller Beeinträchtigung. Die geringe Bewegungsdyspnoe und Bewegungstachykardie störte oft die berufliche Leistungsfähigkeit nicht. Die Herzverlagerung wird durch die zu totaler Schrumpfung der Lunge führende rechtsseitige Zirrhose in relativ kurzer Zeitspanne (einmal schon in zwei Jahren) hervorgerufen. So lange keine großen Kavernen bestehen, ist die Prognose der Lungenerkrankung — wie bei zirrhotischen einseitigen Prozessen überhaupt — günstig. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., Bd. 53, H. 2/3, 1922.)

Scheinbare Fettsucht.

F. Kisch beobachtet in Marienbad häufig Leute, meist Männer über 40 Jahre, die bei sonst nur mäßigem oder sogar normalem Panniculus adiposus einen auffallend großen Bauchumfang aufweisen und über ein Gefühl der Völle, über Aufstoßen, Flatulenz, Obstipation, vor allem aber über Kurzatmigkeit, Aussetzen des Herzschlages und Präkordialangst klagen („gastro-intestinaler Symptomenkomplex"). Es handelt sich um eine übermäßige Gasansammlung im Abdomen, wodurch das Zwerchfell hinaufgedrängt und Herz und Gefäße verlagert werden. Der Blutdruck ist meist erhöht, Extrasystolie und Herzgeräusche sind nicht selten. Durch Abführkuren, Bauchmassage, protrahierte Wärmeapplikation am Bauch, eventuell auch kühle Kohlensäurebäder kann der Leibesumfang schon in zwei bis drei Wochen bedeutend reduziert werden, wodurch auch sämtliche Beschwerden gebessert oder gänzlich beseitigt werden. (M. Kl. Nr. 46, 1922.)

Untersuchungen über die Funktion der Milz

führten Dozent Rautmann (Freiburg) zu der Feststellung, daß außer der Zerstörung der roten Blutkörperchen die Milz noch Funktionen besitzt, und zwar dürfte sie für die Antikörperbildung eine hervorragende Be-

deutung haben. Bei mit Typhusbazillen vorbehandelten Tieren erwies sich das Milzblut viel reicher an Antikörpern als das gleichzeitig untersuchte Ohrvenenblut. So dürfte sich auch die bei Infektionskrankheiten fast konstant vorhandene Volumenzunahme und strotzende Blutfülle der Milz als Ausdruck einer Hyperfunktion dieses Organes erklären. Weitere Untersuchungen sollten der Frage nachgehen, inwieweit sich z. B. durch Reizbestrahlung der Milz, wie sie therapeutisch bereits bei der Tuberkulose angewendet wird, in der Tat eine Steigerung der Antikörperbildung zum Nutzen des Gesamtorganismus erzielen läßt. (D. m. W. Nr. 45, 1922.)

Zur Strophantin- und Digitalistherapie.

Strophantin venös ist nach Staub strenge indiziert, 1. wenn Digitalis per os und venös nicht vertragen wird und 2. bei akuter Herzschwäche. Bei letzterer wirkt Strophantin momentan, während Digitalis erst dann wirkt, wenn bereits eine gewisse Menge davon im Herzmuskel gespeichert ist. Hat Patient an den beiden vorangehenden Tagen Digitalis erhalten, so darf man nicht mehr als 0.3 mg Strophantin venös geben, diese Dosis aber in 12 bis 14 Stunden wiederholen, falls sich keine Intoxikationssymptome (z. B. Bigeminie) zeigen. Keinesfalls darf man 0.5 mg länger als drei Tage hintereinander geben (Kumulierung!). In Dosen über 0.5 mg wirkt Strophantin ausgesprochen vasokonstriktorisch, weshalb man z. B. bei herzkranken Nephritikern kleine Dosen, etwa zweimal täglich 0.2 mg nicht überschreiten soll, um nicht die Diurese zu stören. Bei Aortenlues mit Herzinsuffizienz sind kombinierte Salvarsan-Strophantininjektionen vorteilhaft. Im Gegensatz zur Digitalis wirkt Strophantin venös nur selten brecherregend. Die Injektionen müssen streng venös erfolgen, da sonst unangenehme Reizwirkungen resultieren.

Bleibt Digitalis im Magen lange liegen, so wird seine Wirksamkeit durch die Verdauungsfermente herabgesetzt. Arhythmien werden durch Digitalis nur wenig beeinflußt. (Schweiz. m. W. Nr. 19, 1922.)

Ulkus und Hypersekretion — flüssigkeitsarme Breikost.

Die flüssigkeitsarme Kost wirkt, wie experimentell nachgewiesen ist, einschränkend auf die Sekretion des Magensaftes. Daneben hemmt sie aber auch die Magenperistaltik, wie die guten Erfahrungen Friedjungs und Molls beim Pylorospasmus der Kinder beweisen. Daher empfiehlt Alkan (Klinik Prof. Albu, Berlin) diese Kost bei chronischem Ulkus und Hypersekretionszuständen. Selbstverständlich müssen auch alle sonstigen Sekretionserreger in der Kost vermieden werden, wie es in der gebräuchlichen lakto-vegetabilischen Diätform geschieht; jedoch kann auch Fleisch verabfolgt werden, wenn ihm nur durch Kochen die Extraktivstoffe und Salze entzogen sind und es dann in Breiform gebracht ist; die Breiform ist nötig, weil schon der Kauakt selbst einen starken Sekretionsreiz darstellt. Diese flüssigkeitsarme Breikost wird meist ohne schwereres Durstgefühl ertragen; nur selten muß man etwas mehr Milch zwischen den Mahlzeiten zugestehen. Man kann die Kur um so eher durchführen, als sie nur etwa sieben Tage eingehalten zu werden braucht; dann ist der Magen schon auf geringere Sekretion eingestellt und behält sie bei der gewöhnlichen laktovegetabilischen Kost lange bei. Natrium bicarbonicum und andere Alkalien werden besser vermieden; man verordnet medikamentös nur Extr. Belladonnae mit einem leichten Laxans (Extr. Cascar. Sagrad. fluid.) als Konstituens.

Die flüssigkeitsarme Breikost wird in folgender Form gegeben:

8 Uhr: 1 Teller Brei ($^1/_8$ l Milch, 5 g Gries, 8 g ungesalzene Butter), 50 g Weißbrot ohne Rinde, 20 g Butter.

10 Uhr: Griesbrei wie morgens; 1 Rührei oder ausgewaschener weißer Käse, Weißbrotkrume, Butter.

1 Uhr: Gemüsebrei mit Butter (Mohrrüben, Schoten, Blumenkohl; bei letzterem wird das erste Kochwasser wegen des Salzgehaltes fortgegossen); 125 g ausgekochtes, durchgemahlenes Fleisch vom Kalb, Geflügel oder Flußfisch; Kartoffelbrei mit Milch (1/8 l); Mehlspeise mit Milch, aber sehr wenig Zuckerzusatz.

4 Uhr: 1/4 l Milch.

7 Uhr: Gemüsebrei mit Butter, Mehlspeise (1/8 l Milch); 75 g durchgemahlenes Fleisch, Weißbrotkrume, Butter.

Vor dem Schlafengehen: 1 Teller Brei wie morgens. (Klin. Wschr. Nr. 52, 1922.)

Zur Klinik und Therapie des Ulcus duodeni

bringt Prof. H. Finsterer (Wien) seine Erfahrungen an 264 selbst operierten Fällen.

Diagnose. Die charakteristische Periodizität des Leidens war fast stets vorhanden. Manchmal sind die Intervalle nicht nur schmerz-, sondern auch völlig beschwerdefrei. Auch Nacht- und Hungerschmerzen, die auf etwas Nahrung schwinden, wurden häufig angegeben. Den ursächlichen Pyloruskrampf konnte Finsterer wiederholt sogar während der Operation beobachten. Der Krampfschmerz kann wie bei Cholelithiasis in Rücken und Schulter ausstrahlen. Mit der Dauer des Leidens treten die Schmerzen immer häufiger und schließlich ununterbrochen auf, manchmal selbst durch Morphium unbeeinflußbar, wahrscheinlich infolge Penetration des Ulkus gegen das Pankreas (Gefahr der Arrosionsblutung aus der A. panc. duod.!). Setzen die Schmerzen unmittelbar nach dem Essen ein, während sie früher erst drei bis vier Stunden nach den Mahlzeiten auftraten, so bedeutet dies oft Komplikation mit einem frischen Magengeschwür, das im Gegensatz zum Duodenalulkus schließlich karzinomatös degenerieren kann. Hyperaziditätsbeschwerden (Magendrücken, Sodbrennen, Obstipation, saures Aufstoßen und Erbrechen) sind beim floriden U. d. sicherlich viel häufiger und stärker als bei anderen Bauchaffektionen. Einmalige Untersuchung nach Probefrühstück ist nicht maßgebend. Der duodenale Druckpunkt (ein bis zwei Finger rechts von der Mittelinie, drei bis vier Finger über der Nabelhorizontale, langsame Tiefenpalpation, um den normalen Rektuswiderstand zu überwinden) ist während des Schmerzanfalles wohl immer vorhanden, in frischen Fällen kann aber bei peritonealer Reizung (Möglichkeit der Perforation!) die reflektorische Muskelspannung im oberen Teile des rechten Rektus die Tiefenpalpation unmöglich machen. Sehr wichtig ist auch die Dilatation und Rechtsdistanz des Magens, der nicht nur bis unter den Nabel herunterreicht, sondern auch die Mittellinie oft bis vier Fingerbreiten überschreitet. Man konstatiert das am einfachsten durch die Streichmethode, indem man das Stetoskop unterhalb des linken Rippenbogens auf den Magen aufsetzt und nun von hier aus mit dem Finger die Bauchdecken radiär nach unten und nach rechts streicht: im Augenblick, wo der Finger das Gebiet des Magens verläßt, hört man auch das Geräusch nicht mehr. Das gleichzeitig nachweisbare Plätschergeräusch, das Patient oft als störend empfindet, beweist die Hypersekretion und den erschwerten Abfluß infolge des Pylorospasmus. Sobald dieser durch die Therapie schwindet, geht die Dilatation rasch wieder zurück. Die Feststellung der Säurewerte vor der Operation erfolgte in 96 Fällen und ergab in 90% Hyperazidität. Auch auf okkulte Blutungen muß wiederholt untersucht

werden, da der einmalige Befund selbst beim floriden Ulkus negativ ausfallen kann. Für die Röntgendiagnose ist ein bedeutender Sechsstundenrest bei ausgesprochener Hypermotilität und rascher Anfangsentleerung von entscheidendem Werte. Plötzliche starke Zunahme der gewöhnlichen Schmerzen beim U. d. bedeutet oft drohende Perforation und damit Indikation zur sofortigen Operation, worauf Patient besonders aufmerksam zu machen ist. Schwere Blutungen (Melaena) wurden 58mal (über 20%) beobachtet, und zwar 34mal mit Bluterbrechen.

Die Prognose des akuten U. d. ist günstig, die interne Therapie meist erfolgreich. Hingegen ist jeder neue Versuch, ein chronisch rezidivierendes Ulkus mit jahrelanger Dauer der Beschwerden intern zu heilen, nur vorübergehend erfolgreich, da die Beschwerden periodisch immer wiederkehren, wenn nicht inzwischen eine tödliche Komplikation (Perforation, Arrosionsblutung) dem Leben ein Ende gemacht hat. Da die Gefahr einer solchen Komplikation auf rund 10% geschätzt werden kann, ist die Gefahr der Operation bedeutend geringer, denn nach Haberer beträgt die Mortalität aller Resektionen nur 4.1%. Man muß auch bedenken, daß zu lange fortgesetzte Alkalizufuhr (insbesondere von Natr. phosphor.) zur Phosphaturie und Nierensteinbildung führen kann.

Autor hält nicht nur die Perforation und die chronisch rezidivierenden Blutungen für absolute Indikationen zur Operation, sondern auch die akute Blutung (Frühoperation!), da auch diese zur Perforation oder zur tödlichen Arrosion führen kann; ferner, wie erwähnt, eine auffallende Steigerung der Schmerzen.

Zur Operation ist insbesondere auch bei einem vom nächsten Spital weit entfernten Wohnort zu raten, da die Aussichten einer Operation bei Perforation oder schwerer Blutung nach langem Transport fast Null werden, so daß die Frage berechtigt sein kann, ob man es nicht durch interne Therapie (absolutes Eß- und Trinkverbot, Bettruhe, Pantopon usw.) versuchen sollte, die Ausbildung einer gedeckten Perforation oder wenigstens einer lokalen Peritonitis zu begünstigen, bzw. die Blutung zu stillen.

Bei Operation in Novokainleitungsanästhesie entfallen sämtliche Kontraindikationen (hohes Alter, hochgradige Anämie, schwere Herz- und Lungenleiden usw.). Die besten Resultate ergibt die Resektion des Duodenums und halben Magens in Leitungsanästhesie (Splanchnikusanästhesie nach Braun): 175 Resektionen mit 4.2% Mortalität, in den letzten zwei Jahren nur 1.4% Mortalität, kein Todesfall an Pneumonie. Mindestens zwei bis drei Monate muß dieselbe Diät eingehalten werden, wie vor der Operation. In 94% wurde völlige Dauerheilung erzielt, die Patienten vertragen beschwerdelos auch die schwersten Speisen. In den restlichen 6% traten nur zeitweise geringfügige Beschwerden auf. Durch die ausgedehnte Resektion wird die Hyperazidität dauernd beseitigt. Ist die Resektion des Duodenums wegen Ausbreitung des Ulkus unmöglich, so reseziere man am besten den Magen zur Ausschaltung des U. d. unter Zurücklassung des Pylorus (80% Dauererfolge). (Wiener Arch. f. i. Med., Bd. V, H. 1, 1922.)

Neurologie und Psychiatrie.

Epilepsie — Xifalmilch.

Die von Döllken bei Nervenkrankheiten empfohlene Xifalmilch („Ars Medici" 1921, S. 8) hat Becker (Landesirrenanstalt, Herborn)

erprobt. Acht Epileptiker wurden so weit gebessert, daß sie berufsfähig wurden, jetzt ambulant behandelt werden können und weder Anfälle noch Äquivalente in Form von Verwirrungs- oder Erregungszuständen aufweisen. Diese Erfolge wurden erzielt durch Xifalmilchinjektionen im Verein mit Luminalbehandlung und salzarmer, reizloser Kost; vollkommene Salzfreiheit der Kost ist nicht erforderlich, 15 bis 20 g Kochsalz pro Tag scheinen unschädlich zu sein. Verfasser konnte nachweisen, daß Luminal und salzarme Kost allein nicht diesen guten Effekt hatten, sondern daß die Xifalmilchinjektionen erst den Ausschlag gaben.

Bei einer zerebralen Kinderlähmung wurde mit Xifal Besserung erzielt, bei Dementia praecox war die Wirkung verschieden, teils Erregung teils Besserung; hysterische Geistesstörung wurde nicht beeinflußt. (Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 78, H. 5/6, 1922.)

Migräne und Hypertonie.

Das Wesen der essentiellen Hypertonie ist noch nicht geklärt. Wenn bei ungestörter Nierenfunktion dauernd erhöhter Blutdruck besteht, so können auf das Vasomotorenzentrum wirkende Schädlichkeiten und Gifte die Ursache sein, wie Nikotin, Blei, Strychnin. Aber in vielen Fällen findet sich keine andere Ursache als eine angeborene und vererbbare Disposition zur Hypertonie. Hadlich (Städtisches Krankenhaus, Altona) macht nun auf das häufige Zusammentreffen von Migräne und Hypertonie bei demselben Kranken aufmerksam; ja in manchen Fällen zeigte sich Hypertonie bei einem Individuum, das zwar selbst keine Migräne hatte, von dem aber mehrere Geschwister an Migräne litten. Es scheint sich bei so veranlagten Kranken um spastische Gefäßkonstriktionen zu handeln, die bald nur im Gehirn, bald auch in anderen Körperorganen auftreten. So finden sich bei Migräne oft auch anfallweise Schmerzen im Epigastrium oder sonst im Abdomen, die auf Gefäßkrämpfe zurückzuführen sein dürften, ebenso wie die nicht seltene Angina pectoris. Meist handelt es sich um kräftig gebaute Personen von sehr gutem Ernährungszustand, mit blühendem, oft etwas kongestioniertem Aussehen; es sind tatkräftige, impulsive Naturen, mit intensivem Gefühlsleben. In der Familie findet sich oft frühzeitige Arteriosklerose, Apoplexie, Neigung zu Gicht und Diabetes. Wenn bei diesen Kranken die Niere auch normal funktioniert, so kann es doch plötzlich zu einem urämischen Anfall kommen, der meist wieder schwindet Manchesmal allerdings ist das der Anfang von Nierensklerose und Schrumpfniere. — Jedenfalls ist festzuhalten, daß der Zusammenhang von Hypertension und Migräne ein so häufiger ist, daß in jedem Falle von essentieller Blutdrucksteigerung nach Migräne in der Anamnese geforscht werden sollte. (D. Ztschr. f. Nervenhk., Bd. 75, H. 1 bis 3, 1922.)

Die spinale Kinderlähmung,

welche früher mehr sporadisch auftrat, zeigt sich seit Beginn dieses Jahrhunderts in Europa und in Nordamerika in größeren Massenepidemien und zerstört so vielen Kindern Leben oder Gesundheit. Prof. Ed. Müller (Med. Poliklinik, Marburg) berichtet über eine solche Epidemie in der Marburger Gegend im Sommer und Frühherbst 1922; die letzte Epidemie hatte in derselben Gegend 1909 gewütet, und seit damals waren die sporadischen Fälle nie ganz verschwunden. Als Erreger ist ein färbbarer und anscheinend auch schon züchtbarer Organismus (Flexner-Noguchi) anzusprechen, der durch die Nasen-Rachenschleimhaut eindringt. Die Übertragung geschieht wohl nur durch direkte Kontakt- und Tröpfcheninfektion, wobei anscheinend gesunde Zwischenträger eine große Rolle spielen. Es

werden mehrere Beispiele angeführt, wo Gesunde sich nur kurze Zeit bei einem kranken Kinde aufgehalten oder sich nur über dieses gebeugt hatten, und dann die Krankheit in ihr abgelegenes Heimatsdorf übertrugen. Die Epidemien treten meist im Sommer und Frühherbst auf und reichen höchstens noch in den Anfang des Winters hinein. Die Inkubationsdauer beträgt sechs bis neun Tage. Das fieberhafte Prodomalstadium kann die verschiedenen, von der Grippe her bekannten Symptomenkomplexe zeitigen: gastrointestinale Erscheinungen, Anginen, Bronchitiden, rheumatoide und neuralgiforme Symptome und nicht selten auch den meningealen Typus. Charakteristisch sind die psychischen Veränderungen im Krankheitsbeginn: Schläfrigkit am Tage und Unruhe in der Nacht, und die bald allgemeine,. bald örtliche Hyperästhesie meningealen Ursprunges. Dabei ist die Wirbelsäule Bewegungsversuchen gegenüber schlaff im Gegensatz zur Wirbelsteifigkeit bei Meningitis. Tritt die Hyperästhesie umschrieben an Gelenkgegenden auf, so kann sie mit Rheumatismus verwechselt werden; auch Appendizitis wurde schon fälschlich bei Hyperästhesie in der Blinddarmgegend diagnostiziert. Ferner zeigt sich im Anfangsstadium Neigung zum Schwitzen, welche ebenfalls spinal bedingt sein dürfte. Weiter begleiten oft Spontanzuckungen das präparalytische Stadium, und zwar mit Vorliebe in später gelähmten Gliedern. Ein wichtiges Zeichen sind die Muskelhypotonien, die oft falsch als Schwäche nach Grippe gedeutet werden. Wer diese Frühsymptome kennt und bei unklaren fieberhaften Erkrankungen auch an die spinale Kinderlähmung denkt, wird die Diagnose stellen können; nur bei langer Dauer der meningealen Reizerscheinungen kann die Lumbalpunktion zur Differenzialdiagnose gegen Meningitis tuberculosa nötig werden. — Das zweite Stadium der Erkrankung ist das der Lähmung. Wie bei früheren war auch bei dieser Epidemie der spinale Lähmungstypus mit besonderer Prädilektion der Beine der häufigste. Doch kamen auch Fälle von bulbärer Kinderlähmung vor, bei welchen man die Fazialis- und Abduzenslähmung nicht mit rheumatischen Lähmungen dieser Nerven verwechseln darf und eine bulbäre Gaumenlähmung oft schwer von einer diphtheritischen unterscheiden kann. Sehr oft wird die häufige Paralyse der Rumpf- und Nackenmuskulatur übersehen und für Schwäche gehalten. Sie ist aber sehr charakteristisch: im Liegen fällt das Köpfchen (scheinbarer Opisthotonus) nach hinten, beim Aufsetzen nach vorn; die Kinder können sich im Bett nicht ohne Unterstützung der Arme aufrichten (Iliopsoas- und Bauchdeckenparese). Die Blasen- und Mastdarmfunktion ist nicht selten gestört, zuweilen ist sogar der Katheter erforderlich. — Die tödlichen Fälle verliefen gewöhnlich unter dem Landryschen Typus: Atemlähmung infolge Interkostalis- und Phrenikusbeteiligung oder auch bulbär. Die Kranken sterben innerhalb der ersten Woche, vor allem am dritten bis vierten Krankheitstage.

Das dritte Stadium der Reparation ist bekanntlich von sehr verschiedener Dauer und der Grad der erreichten Wiederherstellung ein sehr verschiedener. Die beschriebene Epidemie verlief in dieser Beziehung günstiger als frühere. Das Überstehen der Krankheit scheint für längere Zeit Immunität zu bewirken.

Die Behandlung ist noch wenig dankbar. Doch ist es wichtig, das Kind vor falschen Maßnahmen zu schützen und ihm psychisch und körperlich Ruhe zu verschaffen. Neben vorsichtigen Schwitzprozeduren ist noch am ehesten Urotropin von Erfolg, aber nur im Anfangsstadium. Die anderwärts (Amerika) versuchte Serumtherapie konnte nicht nachgeprüft werden. Am wichtigsten ist die orthopädische

Behandlung, die schon während des Reparationsstadiums einsetzen soll. Natürlich ist für strenge Isolierung zu sorgen.

Die Bezeichnung der Krankheit als „spinale Kinderlähmung" ist nicht glücklich, da neben spinalen auch bulbäre Symptome auftreten, und da auch Erwachsene befallen werden. Der Name „Heine-Medinsche Krankheit" sollte auch lieber vermieden werden, da man Krankheiten womöglich nicht nach Autoren benennen soll. Verfasser schlägt die Bezeichnung „epidemische Kinderlähmung" vor. (D. m. W. Nr. 47, 1922.)

Chirurgie und Orthopädie.

Zur sterilen Aufbewahrung von Injektionsspritzen und Kanülen

empfiehlt Kritzler folgende Lösung: Rp: Acidi carbolici liquefacti 3.0, Boracis 15.0, Formol 20.0, Aqu. dest. ad 1000.0. In dieser Lösung rosten die Kanülen nicht (vgl. „Ars Medici" 1922, S. 327, 1921, S. 310, 1919, S. 390) In zwei gedeckelten Petrischalen liegen die Kanülen in dieser Flüssigkeit, und zwar in einer die für subkutane Injektionen, in der zweiten die für intravenöse Injektionen; letztere sind kurz geschliffen. In einem mit einem Glassturz überdeckten Becherglas stehen die Spritzen in der Flüssigkeit und dazu eine Pinzette zum Herausnehmen der Kanülen. Daneben braucht man noch eine Flasche mit Alkohol-Äther ana partes zum Durchspritzen der Kanülen nach dem Gebrauch.

Der Praktiker braucht etwa 4 Rekordspritzen zu 2 cm³ (1 für die Sprechstunde, 1 für Besuche, 1 für die Geburtstasche, 1 für Ersatz) und 2 Spritzen zu 10 cm³ (für Serum-, Salvarsaninjektionen und zur Lokalanästhesie). (D. m. W. Nr. 42, 1922.)

Chloramin-Heyden zur Wundbehandlung.

Hoeck berichtet über überraschend gute Resultate in 200 Fällen von infizierten, schmutzig belegten Wunden, Ulcus cruris, Abszeßhöhlen, eröffneten Panaritien und Karbunkeln, Gelenkempyem usw. im Städtischen Krankenhaus, Potsdam, durch Spülungen und Verbände mit Chloramin, das in Pulverform in Paketen zu 10, 100 und 1000 g im Handel ist (relativ billig!). Man stellt sich eine 10%ige wässerige Stammlösung her (drei Wochen haltbar), aus der durch Verdünnung mit Wasser die gebrauchsfertige ¼- bis ½%ige Lösung gewonnen wird. Rasche Wundreinigung und epidermisierende Wirkung ohne Schädigung der gesunden Haut. (M. Kl. Nr. 45, 1922.)

Die Inzisionswunden nach Panaritien und Sehnenscheidenphlegmonen

soll man, wenn irgend möglich, ohne Tamponierung behandeln. Bier hat die schädliche Wirkung der Tamponade auf die spätere Funktion der Sehnen nachgewiesen. Chiari empfiehlt solche Wunden dadurch offen zu halten, daß man die Wundränder durch einige Nähte an die benachbarte Haut fixiert. Payr hat dieses Verfahren schon seit langen Jahren angewandt, jedoch nur bei tiefen Oberschenkeleiterungen und subperiostalen Abszessen am Femur. Hier hatte ihn die Erfahrung gelehrt, daß selbst dickste Drains durch den starken Zug der Faszie abgeknickt werden. Er nähte deshalb die durchtrennte Haut beiderseits mit je zwei bis drei Nähten an die Nachbarschaft an und legte außerdem Drains ein. Jedenfalls sind die guten Erfahrungen Chiaris mit Haut-

annähung ohne Drain bei Panaritien und Sehnenscheidenphlegmonen beachtenswert. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 35 und 50, 1922.)

Das Malum perforans

ist, wie Prof. Kappis (Chirurgische Klinik, Kiel) nachweist, vorwiegend ein Dekubitus im an- oder hypästhetischen Gebiet an Geweben, die trophisch verändert sind. Daher ist die Heilung so schwierig. Hauptsächlich wird es beobachtet bei Tabes, Syringomyelie, anderen Rückenmarksleiden, Spina bifida, Lues und peripheren Nervenverletzungen. Zur Heilung ist womöglich die normale Nervenleitung wieder herzustellen; daneben ist eine örtliche Behandlung nötig. Beim Malum perforans an den Ballen und Zehen besteht meist eine Gelenkfistel, einerlei, ob das Gelenk arthropathisch verändert ist oder nicht; diese Form des Malum perforans wird am einfachsten durch Resektion der Knochen des beteiligten Gelenkes geheilt. Für das Malum perforans an der Ferse dagegen ist bisher eine erfolgreiche Behandlung nicht bekannt; zu versuchen ist eine Sympathektomie, die am oberen Teil der Femoralis ausgeführt, in einzelnen Fällen Erfolg hatte. (Klin. Wschr. Nr. 52, 1922.)

Pseudarthrosen, verzögerte Kallusbildung — Fibrin (Bergel).

In einer Anzahl schlecht heilender Knochenbrüche, berichtet Wohlgemuth aus dem Rudolf Virchow-Krankenhaus in Berlin, führte eine Injektion von einer bis eineinhalb Ampullen (à 0.3) Fibrin, in 20 cm³ phys. Na Cl-Lösung aufgeschwemmt, in wenigen Wochen zu fester Konsolidierung. Die Aufschwemmung wird mittels ziemlich weiter Kanüle zwischen die Bruchenden und unter das mit der Kanülenspitze etwas abgeschabte Periost rings um die Frakturstelle gespritzt. Bergel empfiehlt das Periost mittels schaufelförmig endender Kanüle möglichst weit abzulösen. Wenn nicht anatomische Verhältnisse die blutige Behandlung bedingen, sollte man stets diese einfache, ungefährliche und erfolgversprechende Injektion versuchen. Selbstverständlich muß man es vermeiden, in eine Vene zu spritzen. (M. Kl. Nr. 39, 1922.)

Septische Wunden — saure Jodkali-Wasserstoffsuperoxyd-Mischungen.

Urtel hat während des Krieges die Behandlung septischer Verletzungen mit obigen Mischungen empfohlen (M. m. W. Nr. 35, 1918). Er hat seine Untersuchungen und Erfahrungen jetzt noch erweitert und sehr günstige Erfolge erzielt. Auch Prof. Jacobitz empfiehlt das Verfahren auf Grund seiner bakteriologischen Nachprüfung. Es werden vorrätig gehalten:

1. Offizinelle 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung,
2. Kalii jodati 2.0, Acidi acetici diluti (30%) 5.0, Aqu. dest. ad 100.0 (in dunkler Flasche aufbewahren!).

Vor dem Gebrauch werden je 5 cm³ beider Flüssigkeiten gemischt und ein mit dieser Mischung getränkter Tupfer in die Wunde eingelegt. Nach 24 Stunden Verbandwechsel und Einlegen eines zweiten ebenso getränkten Tupfers. Es entwickelt sich Jodwasserstoff, welcher sich unter der Einwirkung des Sauerstoffes in freies Jod und Wasser zersetzt. Das Verfahren eignet sich für Phlegmonen, Panaritien, Furunkel, Karbunkel, Abszesse und Mastitiden sowie frische infektionsverdächtige Verletzungen. Die Applikation ist mit leichtem, brennendem Schmerz verbunden, die umgebende Haut ist mit Salbe zu schützen. Natürlich muß die septische Wunde erst physikalisch vorbehandelt und besonders müssen alle Buchten und Taschen

für die Einwirkung freigelegt werden. In eitrige Gelenke werden bis zu je 2.5 cm³ der beiden Flüssigkeiten injiziert. (Kl. Wschr. Nr. 47, 1922.)

Solutio aluminii subacet. tartaric. zur Blutstillung.

Ein ins Cavum uteri eingeführtes Wattestäbchen, das mit einer 20- bis 30%igen Lösung von essigsaurer Tonerde getränkt ist, stillt prompt auch schwerste atonische Blutungen und erspart die Dührssen-Tamponade. Die offizinelle Lösung der essigsauren Tonerde ist keimfrei und unbegrenzt haltbar. Sie leistet auch bei parenchymatösen Blutungen aller Art und intern bei Magenblutungen ausgezeichnete Dienste. (Schweiz. med. W., Mai 1922.)

Traubenzuckerinfusionen als Prophylaktikum gegen Operations- und Narkoseschäden

empfiehlt Tenckhoff (Elberfeld) warm. Am Vorabend der Operation werden 10 cm³ einer 10%igen sterilen Traubenzuckerlösung (dieselbe kann ohneweiters gekocht, auch wiederholt gekocht werden) in die Armvene gespritzt. Es ist ja bekannt, daß auch Dosen bis zu 200 bis 300 cm³ und höhere als 10%ige Konzentrationen gut vertragen werden; aber für diesen Zweck genügt die obige Dosis. Man kann auch die reinen Merckschen Glykose-Tabletten zur Herstellung der Lösung benützen. Außer einem zuweilen auftretenden leichten Frösteln wurden keine Nebenerscheinungen beobachtet. Auf dieses Frösteln werden die Kranken vorher aufmerksam gemacht und erhalten außerdem ein Schlafpulver für die Nacht. Die optimale Wirkung auf das Herz tritt 12 bis 20 Stunden nach der Injektion, also am Morgen der Operation, ein. Die Wirkung ist auffallend: fast keine Exzitation bei der Narkose, Schlaf mit geringerem Quantum des Narkotikums, Fehlen der Schockwirkung auf das Herz auch bei großen Bauchoperationen, der Puls wird nicht nach der Operation schnell und klein, auch die Neigung zu postoperativen Lungenkatarrhen scheint gemindert. Die Erklärung der guten Wirkung der Traubenzuckerinfusion auf das Herz ist noch strittig. Büdingen, der zuerst das Mittel empfahl (vgl. „Ars Medici" 1921, S. 102), meinte, daß gewisse Herzstörungen auf Hypoglykämie beruhen. Andere halten die Wirkung für eine osmotherapeutische oder protoplasmaaktivierende. Neuerdings glaubt man auch, daß der Traubenzucker der bei der Narkose zu befürchtenden Azidosis entgegenzuwirken vermag. Jedenfalls ist die Infusion vor jeder größeren Operation — ob mit oder ohne Narkose — sehr zu empfehlen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 40, 1922.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Achter oder zehnter Schwangerschaftsmonat?

Im achten und im zehnten Schwangerschaftsmonat steht bei der äußeren Untersuchung der Fundus uteri gleich hoch. Doch läßt sich objektiv die Entscheidung nach Prof. Henkel (Jena) leicht treffen. Bei Erstgebärenden pflegt der Kopf im neunten Monat der Schwangerschaft in das Becken einzutreten und im zehnten darin zu stehen, während er im achten Monat noch beweglich über dem Becken nachzuweisen ist. Das Epigastrium ist im zehnten Monat leicht eindrückbar. Wenn der Kopf im zehnten Monat bei einer Erstgebärenden noch nicht ins Becken eingetreten ist, so liegt fast immer ein enges Becken vor. — Bei Mehr-

gebärenden ist die Unterscheidung zwischen dem achten und zehnten Monat der Schwangerschaft nur durch innere Untersuchung möglich. Sie ergibt, daß im zehnten Monat der innere Muttermund für einen Finger durchgängig ist, während das im achten und neunten Monat in der Regel nicht der Fall ist. (D. m. W. Nr. 45, 1922.)

Bei drohendem Abort

bevorzugt Prof. Henkel (Jena) zur Aufhaltung desselben statt Morphin, Pantopon oder Opium das Extractum viburni prunifolii, von dem er dreimal täglich 30 Tropfen und mehr gibt. Daneben natürlich strengste Bettruhe und feuchtwarme Leibumschläge. Einläufe und stärkere Abführmittel sind verboten. An ihrer Stelle gibt man Mikroklismen von 10 bis 20 cm^3 warmem Öl oder geringe Dosen von Rizinusöl. Wenn trotz mehrwöchiger Bettruhe bei jedem Aufstehen sich wieder Blut zeigt, so besteht keine Hoffnung auf Erhaltung eines reifen Kindes, und es kommt später meist doch zur Frügeburt; oft sind das Fälle mit Placenta praevia. (D. m. W. Nr. 47, 1922.)

Eklampsie — Behandlung.

Die Bedeutung der Nierenerscheinungen bei Eklampsie liegt nach Prof. T. Heynemann (Hamburg) hauptsächlich in der Differentialdiagnose gegenüber anderen Krampferscheinungen und in der Anzeige für prophylaktische Maßnahmen vor Ausbruch der Eklampsie. Ferner lassen sich aus dem Verhalten der Niere prognostische Schlüsse ziehen: eine geringe Harnmenge und viel Eiweiß weisen auf einen schweren, viel Harn und wenig Eiweiß auf einen leichten Verlauf hin.

Therapeutisch stehen zwei Vorschläge im Vordergrund, die sofortige operative Schnellentbindung und die abwartende Behandlung mit Aderlaß und Narkotizis (Zweifel-Stroganow). Zwischen beiden steht die Engelmannsche sogenannte „Therapie der mittleren Linie", bei der zunächst abgewartet, beim Ausbleiben eines Erfolges aber operiert wird. Ist die Geburt bereits im Gange, so muß unbedingt ihre baldige und schonende Beendigung angestrebt werden. Einig sind daher alle Geburtshelfer in der Anwendung der Zange, sobald sie ohne Schwierigkeiten durchführbar ist. Nicht viel eingreifender ist die Kolpohysterotomia anterior bei Mehrgebärenden. Bei Erstgebärenden ist die Entscheidung schwieriger. Wenn möglich, suche man hier mit der konservativen Methode auszukommen; bei ausgesprochenem Mißerfolg zervikaler Kaiserschnitt. Bei der abwartenden Behandlung steht der Aderlaß ganz im Vordergrund, bei dem richtige Dosierung (etwa 500 cm^3) und rechtzeitige Wiederholung von großer Bedeutung sind. Die Lumbalpunktion ist bei Eklamptischen nicht ungefährlich und erreicht nicht mehr als der Aderlaß. Bei intravenösen Injektionen ist gerade bei Eklamptischen größte Vorsicht am Platze; das labile Gefäßsystem dieser Kranken reagiert darauf zuweilen mit Schock und Tod. — Am wichtigsten ist die Prophylaxe: Herabsetzung der Eiweißzufuhr in der Schwangerschaft; bei Albuminurie, Ödemen und Kopfschmerz vegetarische, salzarme Diät, Hungerdiät; bei Blutdrucksteigerung und ausgesprochenen praeeklamptischen Symptomen sofort Aderlaß. (Klin. Wschr. Nr. 48, 1922.)

Fieberhafter Abort — Proteinkörpertherapie.

Die Injektion von Proteinkörpern wirkt protoplasmaaktivierend und erhöht die Antikörperbildung; jedoch tritt diese Wirkung bei gesundem Organismus nicht auf, nur bei durch Erkrankung gereiztem Gewebe. Ist

die krankhafte Reizung der Zelle eine zu große, so bringt sie die Kraft zu einer Steigerung ihrer Funktion nicht mehr auf. Die optimalen Bedingungen für gute Wirkung der Proteinkörpertherapie sind daher: Reizung des Organismus durch einen lebhafte Abwehr erzeugenden Infektionserreger und frühzeitiges Einsetzen der Eiweißkörperbehandlung. Diese Bedingungen sind besonders beim septischen Puerperalfieber und septischen Abort erfüllt; daher scheint theoretisch hier die Proteinkörpertherapie sehr angezeigt. So haben auch schon Nußbaum über gute Erfolge mit Yatren-Kasein und Hofbauer („Ars Medici" 1922, S. 308) mit Nukleinsäure in Kombination mit Hypophysenextrakt berichtet. Simon (Universitäts-Frauenklinik, München) verwandte mit ausgezeichneter Wirkung bei 30 fieberhaften Aborten (kein Todesfall) und 26 Fällen von puerperaler Sepsis (zwei Todesfälle) das „Albusol" (Firma Dr. Ivo Deiglmayer, München). Es ist das ein gereinigtes, reizloses Milchpräparat, von dem er erstmals 5 cm³ und dann in Abständen von je zwei Tagen je weitere 2 cm³ intramuskulär verabfolgte. Gleichzeitige Injektion von 1 cm³ Tenosin erhöhte die Wirkung. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 46, 1922.)

Die Kielland-Zange

wird sich, wie R. Stiglbauer (Klinik Kermauner, Wien) an der Hand von zwei schwierigen Extraktionen zeigt, sicher ihr Feld erobern, denn das Bessere ist der Feind des Guten. Die wichtigsten Vorteile der Zange sind: die gerade Bauart der Löffel mit bloß angedeuteter Kantenkrümmung, wodurch unter Vermeiden des Anlegens im schrägen Durchmesser der Kopf quer gefaßt werden kann; das gleitende Schloß, wodurch sich die beiden Löffel in Anpassung an die jeweils gegebene Situation zwanglos anlegen lassen, und schließlich die geringe Breite der Zange an ihrem Übergang vom Löffel zum Griff, wodurch jeder Millimeter von unnötiger Spannung der Weichteile vermieden wird. Die Zange ist leicht zu handhaben und schonend für Mutter und Kind. (W. kl. W. Nr. 42, 1922.)

Über normale und pathologische Plazentalösung.

Von Prof. O. Frankl (Klinik Peham, Wien).

Die Plazentalösung erfolgt im Gebiete der spinnwebartig dünnen Septen der Decidua spongiosa. Diese Septen enthalten aber relativ weite Gefäße, in die nach Geburt des Kindes das Blut ex vacuo hineinschießt, wodurch es zur hämorrhagischen Ruptur der Septen und zur Bildung des retroplazentaren Hämatoms kommt. Dadurch löst sich die Plazenta und jetzt erst kontrahiert sich der bis dahin schlaffe Uterus. Bringt man also den Uterus durch vorzeitige Massage zur Kontraktion, so verhindert man geradezu die normale Lösung, denn nun ist das Einströmen des Blutes verhindert und die Septen bleiben unzerrissen. Durch den normalen leichten Blutabgang aus dem Retroplazentarhämatom lasse man sich nicht zu aktivem Vorgehen verleiten! Massage ist erst dann berechtigt, wenn die Plazenta bereits gelöst ist. Auch durch das Verfahren nach Credé läßt sich nur ein bereits gelöster Mutterkuchen herausbefördern, dessen Austritt vielleicht durch Kontraktionen erschwert ist. Bei tatsächlicher Placenta accreta, die ausnahmslos durch Fehlen der Spongiosa bedingt ist (Endometritis, Druckatrophie der Schleimhaut durch Myom, Tubeneckeninsertion usw.), nützen weder Druck noch Massage, sondern muß der gefährliche Versuch der oft schwierigen manuellen Lösung gemacht werden, bei dessen Mißlingen nur mehr die rasche Exstirpation des Uterus per laparatomiam übrigbleibt. Zum eventuellen Anstaltstransport Momburgschlauch.

Vorzeitige Lösung der normal sizenden Nachgeburt kommt etwa einmal unter 1000 Fällen vor (kurze Nabelschnur, Traumen, abnorme Zerreißlichkeit der Spongiosagefäße, z. B. bei Nephritis und Toxikosen). Bei Vorhandensein einer äußeren Blutung ist die Tatsache der vorzeitigen Lösung dann sichergestellt, wenn im Bereiche des Muttermundes keine Plazenta tastbar oder erreichbar ist, also Pl. praevia ausgeschlossen werden kann. Bei bloß innerer Blutung imponieren der Schock, die hochgradige Anämie, das bretthàrte Abdomen, die Druckempfindlichkeit des Uterus, die durch den Druck des Hämatoms prall gespannte Eiblase. Die Herztöne sind meist unhörbar, auch wenn das Kind noch lebt. Von 34 beobachteten Fällen hatten 19 Albuminurie, 11 davon typische Schwangerschaftsnephropathie; 9 Frauen starben, 13 Kinder kamen lebend zur Welt. Die Blasensprengung wurde nur dreimal vorgenommen, da die plötzliche Volumenverminderung nur neuen Raum für eine Blutung schaffen kann, wenn der Uterus sich nicht genügend kontrahiert. In frühen Stadien der Geburt und insbesondere bei innerer Blutung wurde grundsätzlich von der Sprengung abgesehen. Scheidentamponade kann die Blutung nicht stillen, ebenso vermehrt der Metreurynter nur den Inhaltsdruck und kann zur Uterusruptur Anlaß geben. Pituitrin ist im allgemeinen zu widerraten, weil es zu sehr den Blutdruck steigert. Bei Dehnung des unteren Uterinsegments und zangenrecht stehendem Schädel kommt Forzeps, bei hochstehendem Schädel oder räumlichem Mißverhältnis und sicher lebendem Kinde abdominale Sectio, bei bereits totem Kinde Kraniotomie in Frage. Bei Wendung riskiert man die Uterusruptur. (W. m. W. Nr. 42, 1922.)

Die Therapie des Puerperalfiebers.

Aus einem Vortrag von Prof. Peham bei den Wiener Fortbildungskursen.

Bei Fieber im Wochenbett ist zunächst festzustellen, ob eine tatsächliche Infektion oder nur eine Sekretstauung vorliegt. Neben dem Allgemeinbefinden ist das Verhalten des Pulses wichtig. Solange die Pulsfrequenz niedrig ist, ist die Prognose auch bei hohem Fieber günstig. Zeigt die genaue Inspektion der Genitalorgane entzündlich gerötete, schmerzhafte Nahtstellen oder belegte Rißwunden, so werden dieselben mit Jodtinktur, H_2O_2 o. dgl. behandelt, die Nähte werden entfernt, um dem darunter befindlichen Wundsekret freien Abfluß zu verschaffen. Den Abfluß gestauten Lochialsekrets befördert man bei schlaffem Uterus durch reichliche Sekalegaben, bei mechanischem Verschluß durch Seitenlagerung der Frau, Entleerung von Blase und Darm, warme Dunstumschläge. Aktives Vorgehen ist verpönt. Wertvoll ist die in jedem Privathaus leicht zu bewerkstelligende mikroskopische Sekretuntersuchung. Man entnimmt mit irgend einem Instrument, am besten einem Kapillarröhrchen, aus der Tiefe der Vagina einige Tropfen Sekret. Zeigt das Mikroskop ausschließlich oder überwiegend Stäbchen, so handelt es sich um ein harmloses Resorptions- oder Stauungsfieber; zahlreiche Kokken, insbesondere Streptokokken bedeuten puerperale Infektion. Bei Streptokokkeninfektion injiziert man sofort je 50 cm^3 polyvalentes Antistreptokokkenserum (Paltauf) subkutan in beide Oberschenkel. Durch rechtzeitige Injektion wurden dadurch selbst schwere Fälle mit Streptokokken im Körperblute gerettet (Bumm, Peham). Außerdem Wärmeapplikation, heiße alkoholische Getränke, möglichst kräftige Ernährung, Sekale in nicht zu geringen Dosen (wichtig!), Silberpräparate venös, am besten Argochrom.

Chirurgische Eingriffe sind selbstverständlich bei Eiteransammlungen indiziert und erfolgreich, wenn sie lokalisiert sind. Bei allgemeiner Peritonitis kann die Laparatomie (eventuell mit Exstirpation des Uterus, breiter

Eröffnung der Parametrien) gelegentlich doch noch Heilung bringen. In geeigneten Fällen kann auch die Unterbindung der thrombosierten Venenstämme nach Trendelenburg lebensrettend wirken. (W. kl. W. Nr. 41, 1922.)

Die Sterilisation durch Tubenknotung

empfiehlt Flatau (Nürnberg) wiederholt. Wir haben ja außer der vollkommenen Tubenresektion, welche ein viel schwierigerer Eingriff ist, keine wirklich sichere Methode. Mit der Tubenknotung, die in einer Minute erledigt ist, hatte Verfasser seit zwei Jahren keinen einzigen Mißerfolg (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 42, 1922.)

Über eine Symphysenruptur intra partum

berichtet Hornung (Universitäts-Frauenklinik, Leipzig). Während einer schwierigen Zangenextraktion hörte man plötzlich ein Krachen. Das Kind wurde zu Ende entwickelt und starb bald darauf. Die Gebärende lag durch 13 Wochen an Puerperalfieber darnieder, dann konnte sie aufstehen und ohne Beschwerden gehen, obwohl das Röntgenbild ein weites Klaffen der Symphysenknochen ohne jede Kallusbildung zeigt. Die Bruchenden werden eben genügend durch straffes Fasergewebe zusammengehalten. Die Fraktur war und blieb unkompliziert; das heißt äußere Haut, Blase und Genitale wiesen keine Verletzung auf; auch die hie und da beschriebene Symphysenvereiterung durch Einwanderung im Blut kreisender Keime trat trotz des bestehenden Puerperalfiebers in diesem Falle nicht auf.

Aus der Literatur stellt Verfasser 110 Fälle von Symphysenruptur intra partum zusammen. Die meisten erfolgten bei operativen Entbindungen, meist bei hohen Zangen, aber etwa ein Sechstel der Symphysenbrüche trat immerhin bei Spontangeburten ein. Zur Erklärung dieser letzteren Fälle muß man die Auflockerung des Bandapparates durch die Schwangerschaft bedenken, die oft an sich schon hypoplastisch angelegten Bänder dieser Gegend und die von Anatomen schon mehrfach beschriebenen Spalt- und Höhlenbildungen im Symphysenknorpel.

Therapeutisch hat man sich bei einer Symphysenruptur intra partum zunächst stets abwartend zu verhalten: absolute Ruhigstellung mit Anlegung eines festen Beckengurtes. Tritt eine Infektion hinzu, so muß man nach chirurgischen Regeln für guten Abfluß des Sekretes sorgen. Zu einem späteren operativen Eingreifen liegt nur bei schweren Folgeerscheinungen Grund vor, z. B. bei Harninkontinenz, stark watschelndem Gang usw. — Verfasser befürchtet, daß infolge Einbürgerung der Kiellandschen Zange jetzt vielleicht mehr hohe Zangenextraktionen vorgenommen werden könnten, wodurch die Symphysenruptur wohl häufiger werden würde. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 47, 1922.)

Pädiatrie.

Diagnose der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose in der Praxis.

Der körperliche Verfall kann nach H. Langer (Kaiserin Augusta Viktoria-Haus, Berlin) nicht zur Diagnose benützt werden, denn er gehört bei der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose erst zu den terminalen Symptomen; fällt die Gewichtskurve des tuberkulösen Säuglings erst einmal ab, so ist der schlechte Ausgang nicht mehr aufzuhalten. Ein wichtiges Zeichen ist der Reizhusten, der keuchhustenähnlich lange Zeit bestehen bleibt.

Gelegentlich tritt als beherrschendes Symptom die exspiratorische Dyspnoe hervor als Folgeerscheinung starker Tracheobronchialdrüsenschwellung. Dieses Symptom kann sich bisweilen ganz unvermittelt entwickeln und zu stärkster Zyanose und Benommenheit anwachsen; für den, der diesen Zustand nicht kennt, bietet sich ein höchst bedrohliches Bild; in der Regel kommt es aber nach kurzer Zeit zu Remissionen. — Häufig verschleiern im Säuglingsalter Symptome anderer Organe die Grundkrankheit; so kann eine hartnäckige Dyspepsie lange das einzige klinische Symptom einer Tbc. sein.

Im späteren Kindesalter entbehren die Symptome fast noch mehr des charakteristischen Hinweises. Hier verbirgt sich das Krankheitsbild häufig unter den Erscheinungen der chronischen Anorexie, der sogenannten Schul-Anämie, der Neuropathie. In diesen Fällen haben die Temperaturmessungen einzusetzen, die jedoch mindestens durch 14 Tage (rektal) durchzuführen sind, da gerade Schwankungen für den Beginn der Tbc. charakteristisch sind. Eitrige Prozesse (Rhinitis, Pyelitis) sind natürlich bei Verwertung der Temperaturen zu berücksichigen. Temperaturen unter 38° können durch Erregung und Anstrengung hervorgerufen werden. Temperatursteigerungen auf 38° und darüber sind unbedingt pathognomonisch. Die Temperatur ist in der Ruhe und nach Bewegung zu messen. Besteht nur nach Bewegung Fieber, in der Bettruhe keines, so ist der Grad der Bewegung festzustellen, bei welchem Fieber auftritt. Wenn z. B. schon nach einstündigem Spaziergang 38° oder darüber gemessen werden, so ist das schon sehr verdächtig. Besondere Beachtung verdient die Temperaturkurve in der Nachkrankheitsperiode nach Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie, wo man das Fieber zuweilen für postinfektiös hält und eine Tbc.-Erkrankung übersieht.

Die objektive Organuntersuchung führt im allgemeinen nur dann zu klarer Diagnose, wenn die Lungen schon in größerer Ausdehnung ergriffen sind. Die häufig gestellte Diagnose „Lungenspitzenkatarrh" im Kindesalter ist fast ausnahmslos eine Fehldiagnose. Kindertuberkulose ist Hilustuberkulose. In Ausnahmsfällen kann man größere Drüsenschwellungen durch die paravertebrale Schalldämpfung feststellen (solche Drüsen machen dann auch meist die oben erwähnten Symptome des Reizhustens und der exspiratorischen Dyspnoe); aber auch wenn das gelingt, besagt das Perkussionsergebnis gar nichts über die Aktivität oder Inaktivität des Prozesses. So ist neuerdings auf die nicht ganz seltenen, überraschend schnell entstehenden Infiltrationen großer Lungenteile, meist ganzer Lappen im Kindesalter hingewiesen worden, die ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens verlaufen und spontan heilen. — Das d'Espinesche Phänomen beruht darauf, daß der tracheale Beiklang, den die Flüsterstimme bei der Auskultation über der Wirbelsäule besitzt (man läßt die Zahl „33" flüstern), durch Drüsenvergrößerung fortgeleitet noch in der Höhe der Brustwirbel zu hören ist, während er normalerweise nur in der Halswirbelgegend vernehmbar wird; für das Kindesalter ist ein positiver Befund in der Höhe des vierten bis fünften Brustwirbels als pathognomonisch zu betrachten. Das d'Espinesche Phänomen ist bei positivem Ausfall beweisend, sein negativer Ausfall schließt aber eine Bronchialdrüsentuberkulose durchaus nicht aus. Noch besser ist die Wirbelsäuleperkussion, die überdies den Vorteil bietet, vom Lebensalter und der Verständigkeit des zu untersuchenden Kindes nicht abhängig zu sein. Normalerweise nimmt der Perkussionsschall der Dornfortsätze etwa vom ersten bis zweiten Brustwirbel an einen deutlich klangvollen Charakter an, während er oberhalb dieser Zone gedämpft ist. Dieser Übergang vom Gedämpften zum Klangvollen ist im Kindesalter durchaus nicht

allmählich, sondern scharf und genau auf einen Wirbel fixierbar. Dämpfungen vom ersten bis zweiten Brustwirbel nach abwärts sind also strikte für Bronchialdrüsentuberkulose beweisend.

Alle bisher besprochenen Untersuchungsmethoden sind nur geeignet, unseren Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose bei einem Kinde zu erwecken. Entscheidende Bedeutung fällt aber der spezifischen Diagnostik mit Tuberkulin zu, die in jedem suspekten Falle unbedingt anzustreben ist. Positiver Ausfall in den ersten zwei Lebensjahren deutet unbedingt auf einen aktiven Prozeß hin; vom zweiten bis sechsten Lebensjahre ist positive Tuberkulinreaktion jedenfalls sehr verdächtig und neben den übrigen Symptomen zu verwerten. Nach dem sechsten Lebensjahre nimmt die Bedeutung der positiven Tuberkulinreaktion mit jedem Jahre mehr ab. Große Bedeutung hat natürlich in jedem Lebensalter eine negative Tuberkulinreaktion; sie beweist klar das Fehlen eines tuberkulösen Prozesses. Voraussetzung hiefür ist allerdings eine einwandfreie Technik. Die einfache Pirquetsche Kutanreaktion erlaubt diese Ausschließung nicht; sie muß bei negativem Ausfall wiederholt oder durch die Intrakutanprobe ergänzt werden. Diese Wiederholung stößt in der Praxis oft auf Widerstand. Daher ist es besser, gleich die verläßliche intrakutane Methode der Tuberkulinraktion anzuwenden. Von einer Tuberkulinverdünnung 1:1000 spritzt man in die mit zwei Fingern gehobene Hautfalte des Unterarmes mit flach gehaltener Spritze 0.1 cm³ so ein, daß in der Haut eine Quaddel entsteht; die Injektion darf keinesfalls subkutan erfolgen. Zuweilen findet sich eine so starke Überempfindlichkeit, daß die Intrakutanmethode in dieser Verdünnung noch zu starken Reaktionen führt. Es kann lokal zu Blasenbildung, sogar zur Nekrose kommen oder es kann starke Allgemein- oder Herdreaktion auftreten. Um sich gegen diese starke Überempfindlichkeit zu sichern, kann man die immer harmlose diagnostische Methode mit Tuberkulinsalbe vorausschicken; man benützt hiezu eine Salbe, die nach Moro aus gleichen Teilen Tuberkulin und Lanolin zusammengesetzt ist. Noch einfacher ist es, auf die unverletzte Haut einen Tropfen Tuberkulin aufzutropfen und diesen durch einen darüber geklebten Leukoplaststreifen zu fixieren. Bei positiver Reaktion entstehen kleine, tuberkulidartige Knötchen in einem mehr oder weniger geröteten Felde. — Man stellt also in der Praxis zweckmäßig zunächst eine Tuberkulinsalbenreaktion an und läßt dann, wenn diese nach zweitägiger Beobachtung negativ ausgefallen ist, sofort eine Intrakutanreaktion mit $^1/_{10}$ mg Tuberkulin folgen. Nur deutliche Infiltrationen sind beweisend; eine etwa 24 Stunden anhaltende und dann spurlos verschwindende Rötung hat keine spezifische Bedeutung. Hinterläßt auch die Intrakutanreaktion noch Zweifel, so kann man sie nach fünf Tagen wiederholen; Steigerung der Dosis ist nicht erforderlich.

Die Röntgendiagnostik hat für die Bronchialdrüsentuberkulose nur eine beschränkte Bedeutung. Gerade in dem Stadium, in dem der Drüsenprozeß aktiv ist, im Stadium der markigen Schwellung, machen die Drüsen keinen Schatten, während die Schattenstärke zunimmt, sobald Verkäsung oder Verkalkung einsetzt und das aktive Stadium schon überwunden ist. Die Deutung kleiner Schatten im Röntgenbilde erfordert strenge Kritik und große Erfahrung. Die sogenannte „verstärkte Hiluszeichnung“ hat mit Bronchialdrüsentuberkulose nichts zu tun; es handelt sich dabei um durchaus normale Bronchien- und Gefäßzeichnungen. Anderseits gestattet das Fehlen einer röntgenoskopisch nachweisbaren Bronchialdrüsenschwellung durchaus nicht, Bronchialdrüsentuberkulose auszuschließen. Bei der heutigen Kostspieligkeit einer Röntgenaufnahme wird man daher selten von ihr Gebrauch machen müssen. Nur eines kann die

Röntgenuntersuchung feststellen: ob nicht vielleicht der Prozeß schon in größerem Umfange die Lungen ergriffen hat; für diese Feststellung wird die einfache Durchleuchtung genügen.

Neben den genannten Untersuchungsmethoden kommt noch die Suche nach Tuberkelbazillen in Betracht, da die offene Tuberkulose besondere Maßnahmen erfordert. Man erhält Untersuchungsmaterial entweder durch Magenausheberung oder durch Auslösung eines Hustenreflexes, indem man die hintere Rachenwand reizt. Einen gewissen Wert hat auch die Blutuntersuchung: Fieber ohne Leukozytose ist auf Tuberkulose verdächtig. (D. m. W. Nr. 40, 1922.)

Rokay (Budapest) hat gefunden, daß wenn bei Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen höhere Werte als 13 mm ergibt, dies auf einen aktiven Prozeß und schlechte Prognose hinweist. (Klin. Wschr. Nr. 46, 1922.)

Zur Ernährung des Neugeborenen.

Wenn man bei einem Neugeborenen wegen Stillschwierigkeiten oder Milchmangel Kuhmilch zufüttern muß, so gebe man nach Dozent Reuss (Wien) Drittel- oder Halbmilch mit etwas Zucker, denn die Hauptsache ist in dieser Zeit die Flüssigkeitszufuhr und nicht der Nährwert, und man will ja das Kind bei Besserung der Stillverhältnisse wieder ganz an die Brustnahrung gewöhnen. Wenn aber (bei Tod oder offener Tuberkulose der Mutter) vom ersten Tage an künstlich ernährt werden muß, so gebe man gleich vollwertige Nahrung: Halb- oder Zweidrittelmilch mit 5 bis 6% Zucker; man beginne mit Einzelmahlzeiten von 10 bis 20 cm^3 und steige täglich um etwa 10 cm^3 oder etwas mehr an. In Anpassung an die hochkalorische Kolostralmilch, kann man — die physiologischen Verhältnisse nachahmend — in den ersten Tagen die künstliche Nahrung auch in konzentrierterer Form geben, z. B. als „Doppelnahrung" (mit 17% Rohrzucker oder Nährzucker angereicherte Vollmilch „Dubo", vgl. „Ars Medici" 1922, S. 26). Nur soll man dann gegen Ende der ersten Woche mit der Nährkonzentration wieder zur Norm zurückkehren. (Klin. Wschr. Nr. 49, 1922.)

Icterus neonatorum — Ursache.

Untersuchungen Prof. Linzenmeiers (Universitäts-Frauenklinik, Kiel) stellten fest: Kinder, die bei der Geburt Leukozytose hatten, bekamen nie Ikterus. Kinder mit Leukopenie bekamen ausnahmslos zwei bis drei Tage post partum Ikterus; man kann also, wenn ein Neugeborenes Leukopenie hat, den kommenden Icterus neonatorum mit unfehlbarer Sicherheit voraussagen. Diejenigen Kinder, die erst untersucht wurden, als schon Ikterus bestand, hatten alle Leukopenie. Diese Tatsachen sprechen gegen die hämatogene und für die hepatogene Entstehungstherorie des Icterus neonatorum. Am besten passen sie zu der Theorie Yllpös, die den I. n. bedingt sieht durch eine noch nicht völlig funktionsfähige Leber, die gewissermaßen noch einige Zeit nach der Geburt im fötalen Zustand verharrt; es handelt sich also um einen physiologischen Zustand rein hepatogenen Ursprunges. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 47, 1922.)

Die intrakutane Pockenimpfung,

welche Leiner und Kundratitz angegeben haben („Ars Medici" 1922, S. 32), hat Frankenstein am Kaiserin Auguste Viktoria-Haus in Berlin nachgeprüft und empfiehlt das Verfahren warm. Die Vorteile gegenüber der kutanen Impfung liegen auf der Hand: der ganze Prozeß spielt sich unter der Oberhaut ab, die Kinder können gebadet werden, das Anlegen eines Schutzverbandes ist unnötig, eine Infektion der Stelle von

außen unmöglich; außerdem genügt eine einzige Injektion, die keine Narbe hinterläßt. — Die Wirksamkeit der intrakutanen Impfung konnte nachgewiesen werden.

Technik: Verdünnung des Impfstoffes mit physiologischer Kochsalzlösung oder einfach gekochtem Wasser im Verhältnis von 1:10. Mit einer dicken Nadel wird von dieser Verdünnung 0.1 cm³ in die Spritze aspiriert und dann mit einer anderen feinen Nadel intrakutan (nicht subkutan) unter Quaddelbildung injiziert. Die Injektionsnadel darf also vor der Injektion mit der Lymphe nicht in Berührung kommen (um beim Einstich keine Impfpustel zu erzeugen) und soll nicht zu oberflächlich (die Nadel darf nicht durchschimmern) mindestens 1.5 cm in die Kutis eingeführt werden. Nach Herausziehen der Nadel wird die Einstichstelle mit Alkohol gereinigt und mit Jodtinktur betupft. Der Verlauf der Reaktion zerfällt nach Leiner und Kundratitz in zwei Stadien: 1. Kleines, derbes, scharf umschriebenes Infiltrat mit zentraler Rötung und blassem Hof; das Infiltrat erreicht in 24 bis 48 Stunden seinen Höhepunkt und bleibt etwa bis zum siebenten Tage fühlbar. — 2. Am 10. bis 15. Tage beginnt erst der eigentliche Vakzinationsprozeß, während dessen das Infiltrat in etwa drei Tagen eine Ausdehnung von 20 bis 30 mm erreicht; es hat kugelige Gestalt und ist auf der Unterlage verschieblich. Von dem dunkelrot gefärbten Zentrum ist der breite, blaßrote Hof deutlich zu unterscheiden. Erst mehrere Tage nach dem Höhepunkte der Reaktion nimmt das Infiltrat an Größe ab und verliert seine Derbheit und Rötung, um innerhalb einiger Monate ohne jede Narbe zu schwinden. Fieber ist sehr selten, die Achseldrüsen schwellen nur mäßig an; Impfschäden wurden nie beobachtet.

Etwas anders verliefen die Impfungen Frankensteins: das Infiltrat vergrößerte sich etwa vom vierten bis sechsten Tage an stark und nahm allmählich die Größe einer Kirsche an. Um das dunkelrote Zentrum war eine große blaßrote Area zu sehen. Das derbe, druckempfindliche Infiltrat erreichte etwa am achten bis neunten Tage seine Höhe und bildete sich von da an zurück. Nach zwei bis drei Monaten war weder Färbung noch Infiltrat nachweisbar. (D. m. W. Nr. 51, 1922.)

Kartoffelkindermehl.

Schon 1916 hat Prof. E. Müller (Berlin-Rummelsburg) auf das Kartoffelmehl als billigen und guten Zusatz zu den üblichen Nährgemischen für Säuglinge und Kleinkinder hingewiesen. Natürlich darf nicht das im Handel befindliche Präparat verwendet werden, das nur Stärke enthält. Verfasser läßt nach seinen Angaben von der Handels- und Industriegesellschaft in Schwiebus (Neu-Mark) ein Kartoffelkindermehl herstellen, bei welchem für Erhaltung der Mineralien, des Eiweißgehaltes und der Vitamine gesorgt ist und die Stärke durch leichtes Rösten verdaulicher gemacht wird. Dieses Präparat hat sich ihm bei allen üblichen Kindernahrungen (Sahnenmilch, Buttermehlsuppe, Malzsuppe, Buttermilch) sehr bewährt. Es ist natürlich billiger als Weizenmehl und als die ausländischen aus Mais hergestellten Mondamine und hat gegenüber diesen Vorteile an Nährwert und an Bekömmlichkeit. Bei einigen Kindern hat das Kartoffelmehl eine leicht abführende Wirkung. Die Reaktion des Harnes wird meist deutlich nach der alkalischen Seite hin verschoben, was ja beim Säugling erwünscht ist. (Klin. Wschr. Nr. 48, 1922.)

Das Kodein im Kindesalter

wird meist zu niedrig dosiert und ist dann völlig wirkungslos. Salomon (Berlin) verordnet seit Jahren ohne jeden Schaden: im ersten Lebenshalbjahr 2 bis 3 mg pro dosi, im zweiten Halbjahr 4 bis 6 mg. Im zweiten

Lebensjahr anfangs 6 mg, steigend bis am Ende des zweiten Lebensjahres 1 cg. Im dritten Lebensjahr 0.01 bis 0.013. Vom vierten bis sechsten Jahr 0.013 bis 0.015. Vom sechsten bis zehnten Jahr 0.015 bis 0.02. Man rate den Müttern stets, das Medikament möglichst für die Nacht zu reservieren und es am Tage nur im Notfalle höchstens ein- bis zweimal zu verwenden. (D. m. W. Nr. 48, 1922.)

Lebervergrößerung nach Icterus catarrhalis.

Ewstatiew (Wien) weist darauf hin, daß bei Kindern, die einmal an Icterus catarrhalis mit Leberschwellung gelitten haben, meist noch jahrelang nach der Heilung die Leber vergrößert gefunden wird. Auch die Funktion der Leberzellen dürfte noch lange gestört bleiben. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 33, H. 3/4.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Die Behandlung des Analpruritus.

Als Therapie der Wahl empfiehlt J. Basch (Breslau) die Röntgenstrahlen. Der Erfolg ist prompt und unverkennbar, selbst in hartnäckigsten Fällen. Beim chronischen Analekzem muß die Bestrahlung konsequent durchgeführt werden. Man verabfolgt alle acht bis zehn Tage 5 X, 3 X, 3 X, ungefiltert oder durch ½ mm Al, in den späteren Serien 1 bis 2 mm Al. Alles, was Juckreiz auslösen kann (Genußmittel, Alkohol, Sexus, Obstipation usw.) ist tunlichst zu beseitigen. Als Schlaf- und Beruhigungsmittel verwende man Natr. brom. und Natr. salicyl., eventuell Belladonnasuppositorien oder Anusolzäpfchen, hingegen keine Opiate, kein Veronal, Medinal, Luminal o. dgl., da diese Mittel häufig juckerregende Nebenwirkung haben. Alle irgendwie irritierenden antipruriginösen Mittel, wie Menthol, Thymol, Karbol, Teer, Pyrogallol sind namentlich während der ganzen Dauer der Röntgentherapie zu meiden. Erlaubt sind lediglich heiße Sitzbäder und milde Kühlsalben (Eucerin mit Aqu. dest. oder Liqu. alum. acet. ana oder Alsolcreme). Bei ausgesprochenem Analekzem, zahlreichen Exkoriationen, lederartigen Infiltraten ist energische Bestrahlung (10 bis 20 X durch 2 bis 3 mm Al in einer Sitzung) erforderlich.

Das Kratzen wird in schweren Fällen am besten durch einen Chrysarobinpflasterverband verhindert. Nach der Bestrahlung werden zunächst die Haare rasiert und dann je ein sichel- oder halbringförmiges Stück Pflaster beiderseits tief in die Analschleimhaut hineingeklebt, so daß ein elastischer Pflasterring im After liegt, der genügend groß ist, um die Kotsäule passieren zu lassen. Die ringförmige Basis wird mit schmalen Pflasterstreifen dachziegelartig überdeckt, ebenso das ganze Ekzem- und Juckgebiet, wo sich noch Exkoriationen finden, einschließlich der Übergangsrinne zur Steißbeingegend. Auch ist es wichtig, das Pflaster in Schleimhautfalten mit Exkoriationen, die erst beim Auseinanderziehen der Falten sichtbar werden, hineinzudrücken. Liegt das Ganze gut überall an, so wird es mit 5 bis 10 cm breiten Streifen doppelt überklebt. Sollte Brennen unter dem Verband auftreten (Chrysarobindermatitis), so ist es sofort zu entfernen. (Die Ther d. Gegenw. Nr. 9, 1922.)

Prophylaxe und Abortivheilung der Gonorrhoe mit Cholevalemulsion.

Das Duanti-Schutzbesteck (vgl. „Ars Medici" 1921, S. 122) der Firma Merck in Darmstadt enthält auch eine 2½%ige Cholevalemulsion zur

Gonorrhoeprophylaxe. Die Emulsion befindet sich in einer elastischen Kapsel mit verjüngtem Ende, welche bequem zur Einspritzung verwendet werden kann. Nach dem Koitus wird der Inhalt der Kapsel (1 cm³ Emulsion) in die vordere Harnröhre gebracht und tötet in den ersten zwölf Stunden nach dem infektiösen Verkehr die Gonokokken so gut wie sicher ab. Trotz der hohen Cholevalkonzentration wird durch die glückliche Wahl des Vehikels keine nennenswerte Reizung der Schleimhaut hervorgerufen.

Die guten Erfahrungen mit dieser Cholevalemulsion veranlaßten Scherescchewsky (Berlin), dieselbe auch zur Abortivkur zu verwenden. Er ließ von der Firma Merck größere Kapseln zu 5 cm³ Emulsion herstellen, injizierte eine solche gleich zu Beginn der Behandlung und ließ den Kranken zu Hause dann noch vier bis fünf Tage hindurch früh und abends selbst den Inhalt je einer solchen Kapsel sich einspritzen. Der Erfolg war bei allen wirklich frühzeitig in Behandlung gekommenen Fällen (das heißt, solange die Gonokokken noch extrazellulär gelagert sind) ein prompter. Leider jedoch bekommt der Arzt diese Frühstadien noch immer recht selten zu Gesicht. Aber auch in Fällen mit schon intrazellulär gelegenen Gonokokken begann Verfasser die Behandlung mit der 2½%igen Cholevalemulsion und konnte einige mit dieser allein in relativ kurzer Zeit heilen; bei anderen, welche nach einiger Zeit gegen Choleval refraktär geworden zu sein schienen, wurde die Behandlung dann mit 0.1% Albargin zu Ende geführt. (D. m. W. Nr. 45, 1922.)

Die primäre multiple Hautkarzinose

ist wahrscheinlich häufiger, als sie erkannt wird. Viele Fälle werden wohl wegen ihrer Gutartigkeit für Muttermale gehalten. Mayr (Hautklinik, München) berichtet über einen 53jährigen Mann, bei dem sich vor 15 Jahren im Anschluß an eine Pyämie zahlreiche weiche, flache, rötlich schimmernde, den Kranken in keiner Weise irritierende Herde bildeten, die histologisch als Basalzellenkrebse erkannt wurden. Bis zum Eintritt in die Klinik waren diese Herde durch mehr als zehn Jahre unter indifferenter Salbenbehandlung nicht wesentlich gewachsen. In der Klinik wurden sie mit Röntgenlicht bestrahlt und blieben auch hiebei ganz unverändert. Das Krankheitsbild hat sicher nahe Verwandtschaft mit den Naevi und beruht auf angeborener Disposition. Dafür spricht auch ein Fall Lewandowskis, bei dem sämtliche Herde auf eine Körperhälfte beschränkt blieben. Arning hat für diese Bildungen die Bezeichnung „Karzinoide“ vorgeschlagen. (Derm. Ztschr., Bd. 37, H. 4, 1922.)

Buman berichtet ebenfalls über einige hiehergehörige Fälle, von denen aber ein Teil exulzerierte Effloreszenzen aufwies, die also schon eher an maligne Tumoren denken ließen. Auch zwei seiner Kranken zeigten die Tumoren sämtlich auf einer Körperhalbseite lokalisiert. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 141, H. 2, 1922.)

Kopfläuse — Essigäther.

Nach Bieber hat sich das Verfahren auf der dermat. Abteilung des Danziger Krankenhauses glänzend bewährt. Die Haare — sofern natürlich nicht Verfilzung („Weichselzopf“) vorliegt — werden geöffnet; etwa ½ m² Mull in vierfacher Lage wird mit Aether aceticus getränkt aufgelegt und sofort eine Gummikappe über den ganzen Kopf festgezogen. Nach dreiviertel Stunden wird die Kappe entfernt, die Haare gekämmt und gewaschen; Läuse wie Nisse sind abgetötet. Die Gummikappe und der Mull können nach Desinfektion wieder gebraucht werden. Die Verwen-

dung der Gummikappe ist unerläßlich, Billroth-Battist oder Stärkekappe genügen zum luftdichten Abschluß nicht. Das Verfahren ist sicherer und billiger als die bisher üblichen (Sabadillessig, Petroleum, Petrolbenzin und Sulfulan) und besonders für Polikliniken, Schulärzte usw. sehr geeignet. (D. m. W. Nr. 50, 1922.)

Pemphigusbehandlung.

Die Pathogenese dieser furchtbaren Erkrankung ist noch unbekannt. Iser schildert ausführlich zwei Fälle, die jüngst in der Prager dermat. Klinik zur Beobachtung kamen. Der eine, ein typischer Pemphigus foliaceus bei einem 24jährigen Manne, verschlimmerte sich auf Neosalvarsan, zeigte dann auf Serum, Afenil und Chinin Besserung, starb aber trotzdem nach einigen Wochen; der zweite, mehr dem Pemphigus vegetans entsprechend, besserte sich allmählich, wenn auch unter Rückfällen, durch systematische Neosalvarsanbehandlung (je 0.15, im ganzen 6.5 g), wurde in der zweiten Hälfte der Erkrankung auch noch mit Chinin intern und mit Trypaflavinpinselungen behandelt und kam zur Heilung.

In den letzten zehn Jahren wurden in der Prager Klinik 24 Fälle von Pemphigus behandelt, davon starben 6, wurden 11 gebessert und 7 „symptomlos" entlassen. Die bösartigste Form ist der Pemphigus foliaceus, er scheint bisher jeder Therapie zu trotzen. Bei der Form des Vulgaris ist Arsen (Salvarsan), Chinin, Serum, Trypaflavin symptomatisch wirksam. Bei Unverträglichkeit des einen dieser Mittel sind sofort die anderen zu versuchen. Beim Pemphigus vegetans ist das Mittel der Wahl Neosalvarsan in kleinen Dosen durch lange Zeit, daneben eventuell Chinin und Trypaflavin. (Derm. Wschr. Nr. 1, 1923.)

Urologie.

Nierentuberkulose — Tuberkulintherapie.

Auf Grund seiner durchwegs günstigen Resultate in den letzten Jahren bei 23 konservativ behandelten Fällen von einseitiger Nierentbc. empfiehlt Wassidlo die spezifische Therapie (A. T., wiederholte Kuren in drei- bis sechsmonatlichen Intervallen) für jene Fälle, bei denen Blutungen und allgemeine Schwäche fehlen und die Indigokarminausscheidung höchstens bis aufs Doppelte verzögert ist. Bei sämtlichen Fällen wurde durch A. T. in sechs bis neun Monaten normale Nierenfunktion und Schwinden der Tbc.-Bazillen (Tierversuch) erzielt. In einer Beobachtungszeit von neun Monaten bis über drei Jahren keine Rezidive. (Ztrlbl. f. Chir Nr. 33, 1922.)

In einem Falle von Reflexanurie

konnte Neuwirt (Chirurgische Klinik, Prag) durch die Splanchnikusanästhesie nach Kappis sofortiges Nachlassen des Krampfes und Polyurie (aus beiden Nieren) erzielen. Der Nervus splanchnicus versorgt die Niere mit sympathischen Fasern, ist der vasomotorische Nerv der Niere, wirkt hemmend auf ihre Sekretion, innerviert die glatte Muskulatur des Nierenbeckens und übermittelt die Schmerzempfindungen im Bereich der Niere. Die reflektorische Reizung seiner vasomotorischen Nervenfasern erzeugt Oligurie und Anurie, die also in diesem Falle durch die Splanchnikusanästhesierung behoben wurden. Wenn diese Beobachtung sich weiter be-

stätigt, hätten wir in der Splanchnikusanästhesie ein wichtiges Hilfsmittel zur Beseitigung der Schmerzen und des Abflußhindernisses bei Nierensteinen und -koliken in der Hand. (Ztschr. f. urol. Chir., Bd. 11, H. 3/4, 1922.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Nasenbluten.

Nach Prof. Dr. Finder (Berlin).

Man stellt zunächst fest, aus welcher Seite es blutet, indem man die Gerinnsel entfernt und eventuell den Patienten die eine und dann die andere Seite ausblasen läßt. Oft kann man schon ohne Nasenspekulum durch Aufheben der Nasenspitze und Hineinleuchten die blutende Stelle feststellen, denn sie liegt in den allermeisten Fällen am vorderen unteren Teil des knorpeligen Septums nicht weit vom Naseneingang, dem sogenannten „locus Kieselbachii". Sehr viel seltener ist der Sitz der Blutung am Nasenboden oder den höher gelegenen Teilen des Naseninnern und kann dann oft nur schwer zu Gesicht gebracht werden. Man führt Jodoformgazestreifen ein, die man fest andrückt und dann entfernt, um zu erkennen, wo das Blut hervorquillt. Leichte Blutungen stehen, wenn man Watte oder Gaze auf den blutenden Punkt bringt und den Nasenflügel eine Weile fest gegen das Septum drückt; man kann diese Wattetupfer zweckmäßig mit Suprareninlösung tränken oder Koagulen-Fonio (in 10%iger, frisch bereiteter, aber nicht gekochter Lösung) auf die blutende Stelle spritzen oder tupfen. Das beste Mittel, wenn man die blutende Stelle sehen kann, ist deren Verätzung: man taucht das über der Flamme heiß gemachte Knopfende einer Sonde in kristallinische Chromsäure, wodurch sich der Sondenkopf mit einem rötlich-braunen Überzug von Chromsäure bedeckt, und drückt nun den Chromsäuresondenknopf fest gegen die blutende Stelle. Bei zu starker Erhitzung des Sondenknopfes verwandelt sich die Chromsäure in grünschwarzes Chromoxyd, das nicht ätzend wirkt. Dasselbe erreicht man mit dem Galvanokauter, welcher jedoch gerade die Grenze zwischen Rot- und Weißglut haben muß; bei der Galvanokaustik ist Kokainisierung erforderlich.

Wenn mit diesen Methoden die Blutstillung nicht sehr bald gelingt oder wenn der Kranke durch den Blutverlust schon anämisch geworden ist, halte man sich nicht mit weiteren Versuchen auf, sondern schreite zur Tamponade. Zu dieser eignet sich Gaze besser als Watte (schlecht ist Eisenchloridwatte, welche die Nasenschleimhaut verätzt und verschmiert). Am besten ist einfache, 2 cm breite, mit fester Webkante versehene, sterilisierte Gaze. Man faßt sie unter Leitung des Nasenspekulums mit schlanker Nasenzange, führt sie womöglich auf die blutende Stelle und schiebt noch etwas Gaze zur Festigung nach (partielle vordere Tamponade). Blutet es noch weiter, so stopft man die ganze Nase vom Naseneingang bis zu den Choanen und vom Nasenboden bis zum Nasendach fest aus (totale vordere Tamponade). Der Tampon soll nicht länger als 24 bis 48 Stunden liegen bleiben und ist bei Ohrenschmerzen oder Fieber sogleich zu entfernen. Die Herausnahme des Tampons geschehe immer vorsichtig, um keine neue Blutung zu erzeugen. Man spritzt etwas Wasserstoffsuperoxyd in die Nase, zieht an dem Tampon, und sobald man einen Widerstand fühlt, wiederholt man die Einspritzung, bis sich die Gaze ohne Mühe herausziehen läßt.

Nur sehr selten, besonders wenn die Blutung weit hinten sitzt, genügt auch die totale vordere Nasentamponade nicht, dann ist man zur hinteren Tamponade gezwungen. Man befestigt an einem Gaze- oder Wattetampon von etwa Daumengliedgröße zwei Fäden, führt das Bellocqusche Instrument (oder einen weichen Katheter oder ein dünnes Drainrohr) durch den unteren Nasengang durch die Choanen hindurch, schnellt die Feder des Instrumentes heraus, so daß sie hinter dem Velum sichtbar wird, befestigt an der Feder (oder Katheter, Drain) den einen Faden des Tampons, zieht diesen in die Choane hinein und knüpft die beiden Fäden, die aus Nase und Mund heraushängen, über der Oberlippe zusammen. Die hintere Tamponade ist noch zersetzungsgefährlicher als die vordere und soll daher nie länger als 24 Stunden liegen bleiben.

„Habituelle Epistaxis" kann durch Allgemeinerkrankungen (Chlorose, Leukämie, Purpura, perniziöse Anämie, Arteriosklerose, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen) hervorgerufen sein; dann ist das Grundleiden zu behandeln. Oft sind die Gefäße an dem oben erwähnten locus Kieselbachii geschlängelt und erweitert; dann behebt deren Verätzung (siehe oben) das habituelle Nasenbluten. In manchen Fällen ist die Schleimhaut am locus Kieselbachii auffallend trocken, brüchig, atrophisch, bisweilen gelb verfärbt (Xanthosis), und es bilden sich dort leicht blutende Erosionen und Borken. In diesen Fällen hilft Salbenbehandlung (Borsalbe, Unguentum leniens) der Schleimhaut; blutende Erosionen sind auch hier zu verätzen. (D. m. W. Nr. 52, 1922.)

Über die Behandlung breiter Synechien der Nase

berichtet Dozent Dr. Oskar Beck. Sie präsentieren sich als mehr oder minder breite Verwachsungen zwischen der Nasenscheidewand und der unteren oder mittleren Muschel. Eine Indikation zur operativen Behandlung ist nur dann gegeben, wenn durch dieselben Beschwerden, vor allem eine verminderte Luftdurchgängigkeit der Nase bewirkt wird. Zuerst wird eine breite und ausgiebige submuköse Septunresektion ausgeführt, wobei darauf Bedacht genommen wird, daß an der der Synechie entsprechenden Stelle der Knorpel, bzw. der Knochen in breitem Umfang abgetragen wird. Nach beendeter Septumresektion werden die Adhäsionen mit einer Nasenschere oder einem Skalpell durchtrennt und hernach zwischen lateraler Nasenwand und dem nun gut verbiegbaren Septum genügend gefettete Gaze eintamponiert. Da durch die Entfernung von Knorpel und Knochen das Septum sich gut zur Seite drängen läßt, ist genügend Platz für die Tamponade und eine entsprechend weite Distanz zwischen den beiden früher verwachsenen Flächen geschaffen. Bei beiderseitiger Synechie wird erst die eine Seite operiert und nach deren Heilung die andere Seite. (Monatsschr. f. Ohrenhk. Nr. 11, 1922.)

Bei der Tonsillektomie und Adenotomie

leistet nach Birkholz (Annaberg, Erzgebirge) der Pantoponhalbschlaf ausgezeichnete Dienste. Man injiziert bei vier- bis sechsjährigen Kindern 0.5, bei achtjährigen 0.75, bei älteren 1.0 Pantopon subkutan, eine halbe bis dreiviertel Stunden vor der Operation. Nachträgliches Erbrechen ist allerdings häufig, besonders wenn Blut verschluckt wurde, jedoch unbedenklich, da der leichte Schlaf nach der Operation keine Aspirationsgefahr bedingt.

Lokalanästhesie ist nur bei Erwachsenen erforderlich. Man führt am besten nach Erweiterung der Nase durch einen Suprarenin-Na Cl-Spray (1:10.000) eine mit Watte umwickelte, 15 cm lange Nasensonde, die mit

einer 20%igen Alypin-Suprareninlösung (auf 10 cm³ 30 Tropfen 1‰ Suprarenin) getränkt ist, horizontal durch die Nase bis zur Berührung der elastischen Adenoide ein und läßt die Sonde eine halbe Stunde lang durch den halbliegenden Patienten angedrückt halten. Erfolg: Völlige Anästhesie und Blutleere. Das Pinseln der Tonsillen ist hingegen nicht empfehlenswert, da das Alypin durch den Speichel zu sehr verdünnt wird. Die Tonsillektomie ist an sich viel weniger schmerzhaft als die Adenotomie. Novokaininjektionen sind entbehrlich. Eventuell gibt man Erwachsenen eine halbe Stunde vorher 1.0 Pantopon plus ⅓ mg Skopolamin (drei Teilstriche der 1‰igen Lösung) subkutan.

Die Tonsillen werden am besten mittels langer Pinzette leicht vorgezogen und mit der Brüningsschen Schlinge, die nur langsam zugezogen werden soll (im Pantoponhalbschlaf durchaus erträglich!), abgetragen. Der Kopf soll dabei nach vorne geneigt gehalten werden, damit die ausgeschälte Mandel nicht nach rückwärts in den Rachen fällt.

Zur Adenotomie wird das Feinsche Adenotom empfohlen. (S. „Ars Medici" 1921, S. 35.) (M. Kl. Nr. 45. 1922.)

Physikalische Therapie.

Diathermie.

Die Diathermie oder Thermopenetration ist ein Verfahren, bei welchem durch Hindurchleiten von Hochfrequenzströmen durch beliebige Körperteile, z. B. Kniegelenk, Unterbauch usw. dieselben bis zu 45° C und darüber erwärmt werden. Durch allgemeine Diathermie kann die Körpertemperatur um 1 bis 1½° erhöht werden.

Nach einem Vortrag von Primarius Kowarschik in der Gesellschaft für physikalische Medizin in Wien ist die Diathermie vor allem angezeigt bei allen subakuten und chronischen Arthritiden und Tendovaginitiden. Bisweilen sieht man auch bei tuberkulösen Prozessen gute Erfolge. Akute Prozesse und Blutungstendenz sind Gegenanzeigen. Die Mobilisation narbiger und fibröser Ankylosen wird durch Diathermie wesentlich erleichtert. Bei Neuralgien und tabischen Schmerzen sieht man häufig überraschende Erfolge, nicht selten aber auch Mißerfolge. In frischen Fällen ist Vorsicht geboten. Durch leichte Allgemeindiathermie konnten von 15 Fällen von multipler Sklerose zehn deutlich gebessert werden (Wärme setzt den Tonus und die Reflexerregbarkeit der Muskeln herab). Dagegen versagte die Diathermie bei der Paralysis agitans. Außerordentlich günstig reagieren oft die motorischen und sensiblen Reizerscheinungen der Neurastheniker, wie Herz-, Magen-, Blasenschmerzen, nervöses Zittern u. dgl.; ferner Angina pectoris, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Magen-Darm-Spasmen, Adhäsionsbeschwerden, Parametritis, Adnextumoren, chronische Prostatitis und Epididymitis.

Liebesny konnte tierexperimentell nachweisen, daß die Diathermie außer der lokalen Hyperthermie eine oft tagelang anhaltende aktive Hyperämie verursacht. Diese Hyperämie tritt besonders dann auf, wenn mäßige Stromstärken angewendet werden, da hohe Stromstärken eine stürmische Reaktion der Hautgefäße bewirken, deren Blut als Kühlfilter zwischen der Elektrode und der tieferen Körperpartien wirkt. Strebt man also eine Tiefenwirkung an, so darf man sich nicht dazu verleiten lassen, die Stromdosis bis zur Wärmetoleranz der Haut zu steigern. Diathermie der Milz beschleunigt analog der Röntgenbestrahlung die Blutgerinnung

Diathermie der Muskulatur steigert deren Stoffwechsel (vermehrte Kreatininausscheidung). Diathermie der Brustdrüse steigert die Milchsekretion. Allgemeine Diathermie steigert die Harnmenge trotz des Wasserverlustes durch den Schweiß. (W. m. W. Nr. 40, 1922.)

Diagnose.

Die Röntgendiagnostik der Gallensteine

sollte viel öfter, als dies bisher geschieht, versucht werden, namentlich seitens der Chirurgen vor einer beabsichtigten Operation. Nach Rieder haben neuere Untersuchungen gezeigt, daß stärkere Kalkablagerungen in Gallensteinen nicht mehr als absolute Vorbedingung für ihren röntgenologischen Nachweis zu betrachten sind. Selbst reine oder nur mit einem feinen Kalküberzug versehene Cholesterin- und Bilirubinsteine sind unter günstigen Umständen (besonders auch mittels künstlichen Pneumoperitoneums — Ref.) röntgenologisch konstatierbar. (Fortschr. der Röntgenstr., Bd. 28, H. 6.)

Zur perkutanen Tuberkulinreaktion

hat Prof. Hamburger (Graz) ein aufs äußerste eingeengtes A.-T.-Präparat angegeben, das nach Entfetten der Haut über dem Brustbein mit Äther, daselbst durch etwa eine halbe Minute eingerieben, in über 90% von aktiver oder inaktiver Tbc. positive Reaktion ergibt. Das Verfahren ist völlig schmerzlos und eignet sich besonders zu Massenuntersuchungen. Das Präparat (Dr. Fresenius, Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M.) wird in Tuben abgegeben, was die Handlichkeit wesentlich erhöht und die Tuberkulinanwendung auch außerhalb der Sprechstunde ermöglicht. (M. m. W. Nr. 48, 1922.)

Aus der Praxis.

Was soll der praktische Arzt von der angeborenen Hüftluxation wissen?

Von Privatdozent Dr. Julius Hass, Wien.

Den Wunsch der Redaktion, einige „Fragen", die angeborene Hüftluxation betreffend, zu beantworten, glaube ich am besten in der Weise zu erfüllen, daß ich den gegenwärtigen Stand der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung in kurzen Zügen skizziere.

Eine stets wiederkehrende Frage ist: Wann soll die Behandlung beginnen? Die Antwort lautet: Sobald als möglich. In der Regel deckt sich der Zeitpunkt der Operation mit dem Zeitpunkt der Diagnosenstellung. Das Erkennen der Hüftluxation fällt ohnehin erst in die Zeit, in der die Kinder zu laufen beginnen. Erst dann macht sich der

watschelnde Gang geltend, erst dann fällt die Prominenz des Gesässes und die pathologische Lordose auf. Leider sind, auch wenn schon sehr ausgeprägte Störungen sich bemerkbar machen, manche Ärzte mit dem Troste bereit, daß derartige Unregelmäßigkeiten sich mit der Zeit „auswachsen". Bei Schwierigkeiten der klinischen Untersuchung und in zweifelhaften Fällen sollte daher stets die Röntgenuntersuchung vorgenommen werden; denn es ist unverzeihlich, einen pathologischen Zustand fortbestehen zu lassen, der der Behandlung und Heilung zugeführt werden kann. Da die Dislokation des Gelenkes und die Funktionsstörungen infolge der Belastung andauernd zunehmen, liegt begreiflicherweise gar kein Anlaß vor, mit der Behandlung zuzuwarten, hingegen lassen sich eine Reihe von Momenten anführen, die eine frühzeitige Operation ratsam erscheinen lassen. Zunächst ist zu bedenken, daß die Gelenksenden, sobald sie ihren Zusammenhang verloren haben, der Atrophie verfallen, die Pfanne verödet, der Schenkelhals verkümmert und auch die Gelenkskapsel wird allmählich zu einem lockeren Schlauch ausgedehnt. Die Heilungsaussichten sind daher um so günstiger, je früher die Behandlung einsetzt. Auch gestaltet sich die Behandlung um so milder, je jünger die Kinder sind; denn die Kinder finden sich, wenn sie noch nicht lange gegangen sind, um so leichter mit der langen Dauer der Verbandbehandlung ab, die, soweit die doppelseitigen Fälle in Betracht kommen, die Kinder vom Gehen vollständig ausschaltet. Glücklicherweise trifft der Vorschlag einer frühzeitigen Inangriffnahme der Operation zumeist mit dem Wunsch der Eltern zusammen, das Übel möglichst bald zu beseitigen. Das günstigste Alter stellt jedenfalls das zweite und dritte Lebensjahr dar. Nur in seltenen Fällen bei interkurrenten Krankheiten oder, wenn es der Allgemeinzustand des Kindes erfordert, wird man sich auf eine Verschiebung der Behandlung einlassen.

Eine zweite Frage, die oft gestellt wird, lautet: **Gibt es eine Spontanheilung der angeborenen Hüftluxation?** Diese Frage scheint durch vereinzelte Publikationen über angebliche Selbstheilung der Luxationen veranlaßt zu sein. Die bisher beschriebenen Fälle sind jedoch wenig überzeugend, und bei Berücksichtigung der mechanischen und anatomischen Verhältnisse ist es ganz undenkbar, daß ein dislozierter Schenkelkopf von selbst sich in die Pfanne reponiert und dort einwächst. Bei diesen Fällen von Spontanheilung handelt es sich nicht um eine komplette Luxation, sondern um eine sogenannte **unvollständige** Verrenkung, das heißt das Röntgenbild zeigt eine mehr oder weniger angedeutete Luxationspfanne und einen Luxationskopf, es besteht möglicherweise auch ein gewisser Funktionsdefekt des Hüftgelenkes und eine Lockerung des Schenkelkopfes infolge Schlaffheit der Kapsel, aus einem solchen Gelenk kann sich unter Umständen eine vollständige Luxation entwickeln, wie für die größte Mehrzahl der Fälle von angeborener Hüftluxation angenommen werden muß; so lange jedoch noch der Schenkelkopf die Pfanne nicht verlassen hat, so lange er sich in den bescheidenen Grenzen hält, die ihm durch die Kapsel gegeben sind, solange kann man vom klinischen Standpunkt aus noch nicht von einer echten Luxation sprechen. Die geringen Veränderungen erklären auch die Möglichkeit, daß die Luxation nicht zur Entwicklung kommt, sondern in einem Vorstadium stecken bleibt und eine Spontanheilung eintritt. In solchen Fällen ist auch der Versuch einer Reposition überflüssig, weil schon durch das bloße Vorhandensein des Kopfes an der physiologischen Stelle infolge funktioneller Anpassung die Ausbildung des Gelenkes von selbst erfolgt. Es ist hinlänglich be-

kannt, daß bei einseitigen Luxationsfällen auch die klinisch anscheinend gesunde Seite nicht selten die charakteristischen Veränderungen des Luxationsgelenkes im Röntgenbilde aufweist, ja, wir kennen Fälle, bei welchen die anatomischen Veränderungen an der nicht luxierten Seite viel ausgeprägter sind als an der luxierten. Diese Kenntnis ist deshalb von Wichtigkeit, weil es zuweilen vorkommt, daß in einem Falle, der als einseitige Luxation behandelt wird, es während der Fixationsperiode in der Lorenzschen Primärstellung infolge Adduktion der anscheinend gesunden Seite eine Luxation an dieser Stelle entsteht. Es ist deshalb zu empfehlen, stets beide Seiten röntgenologisch zu untersuchen, und solche Fälle, die auch auf der klinisch gesunden Seite eine besondere Anlage zur Luxation zeigen, gleich von vornherein als doppelseitige zu behandeln.

Nicht selten wird die Frage gestellt: Kann die Luxation auch durch nichtoperative Maßnahmen geheilt werden? Man sollte meinen, daß diese Frage nach dem Siegeszug der Lorenzschen Methode gegenstandslos ist. Bedauerlicherweise gibt es heute noch Eltern, die aus übertriebener Scheu vor einem operativen Eingriff, die Behandlung ihres Kindes lieber einem kurpfuschenden Bandagisten als dem erfahrenen Arzt anvertrauen. Es sind natürlich eine ganze Reihe von Gürteln, Bandagen, Entlastungs- und Extensionsapparaten konstruiert worden, die die Neigung zur Luxation verhindern oder bei bereits bestehender Dislokation den Trochanter von oben her stützen sollen. Wir müssen uns gegenüber der primären Behandlung der Luxation mittels orthopädischer Apparate, welcher Art immer, ablehnend verhalten, weil sie fruchtlos, für den Patienten quälend sind und auf diesem Wege der Zeitpunkt der Operation sehr oft versäumt wird. Für uns kommen derartige Apparate (am ehesten in Form eines Gürtels) lediglich zur Nachbehandlung in Betracht, um ungenügende Repositionsresultate zu verbessern.

Eine weitere Frage ist: Wie lange dauert die Behandlung? Darüber herrschen in Ärztekreisen vielfach völlig irrige Auffassungen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Verbandbehandlung einen Zeitraum von einem halben bis zu einem vollen Jahr in Anspruch nimmt. Wenn man erwägt, daß die Luxation erst dann als geheilt zu betrachten ist, wenn sich an der Stelle, an der überhaupt kein Gelenk oder ein höchst mangelhaft ausgebildetes Gelenk vorhanden war, ein vollwertiges Gelenk gebildet hat, wird man sich über diesen langen Zeitraum nicht sonderlich wundern dürfen. Man gewinnt übrigens meist an der Hand des Röntgenbildes und auf Grund des Befundes bei der Reposition gewisse Anhaltspunkte, die die Dauer der Retentionsbehandlung im vorhinein einigermaßen festlegen lassen und die Eltern des Kindes vor Enttäuschungen bewahren. In den Fällen mit gut vorgebildeter Pfanne mit deutlichem Repositionsphänomen und festem primärem Halt wird ein halbes Jahr oder sogar noch weniger genügen. Bei sehr flacher Pfanne und schlechtem Halt wird man jedenfalls die Behandlung eventuell bis zu einem vollen Jahr ausdehnen. Selbst in Fällen mit ungünstigen anatomischen Verhältnissen (sehr flache Pfanne, Anteversion des Schenkelkopfes) kann man nach unseren Erfahrungen oft noch eine vollkommene Heilung erzielen, wenn man nur den Schenkelkopf in scharf akzentuierter Stellung genügend lange Zeit festhält. Da Kinder warten können und es am Ende belanglos ist, ob das Kind einige Monate mehr oder weniger im Verbande zugebracht hat, wird man sich um so weniger zu einer Abkürzung der Behandlung drängen lassen, wenn damit das mühsam erworbene Resultat

aufs Spiel gesetzt wird. Aber auch nach vollständiger Entfernung des Verbandes wird man noch mit drei Monaten bis zu einem halben Jahr rechnen müssen, bis die Beine in die Parallelstellung gelangt sind und das Kind normal läuft.

Wir kommen nun zu der Frage: Wie sind die Endresultate der unblutigen Reposition? Die Antwort fällt verschieden aus, je nachdem wir die anatomischen und funktionellen Heilungen ins Auge fassen oder uns nur mit den funktionellen Erfolgen begnügen. Was die letzteren anlangt, so sind, wenn man die Altersgrenze einhält, die Durchschnittszahlen von 70 bis 80% nicht zu hoch veranschlagt. Zieht man nur die Fälle mit vollkommener anatomischer Heilung in Betracht, dann ist der Prozentsatz wesentlich geringer, er wird im allgemeinen mit 50 bis 60% angegeben. Da es den Patienten jedoch in erster Linie auf das funktionelle Resultat ankommt, so wird man die günstigere Quote in Rechnung ziehen müssen. Es bleibt also nur ein geringer Bruchteil von Fällen zurück, bei welchen die Verhältnisse so ungünstig liegen, daß trotz aller Bemühungen der Schenkelkopf nicht in der Pfanne zu erhalten ist und schließlich eine Reluxation eintritt. Es scheint, daß insbesondere hochgradige Anteversion des Schenkelkopfes, wie sie bei manchen Fällen von Hüftluxation zu finden ist, hiebei eine ausschlaggebende Rolle spielt. Jedenfalls verringern sich die Aussichten bei zunehmendem Alter, sowohl hinsichtlich des Gelingens der Reposition als auch hinsichtlich der Pfannenausbildung. Wie oben erwähnt, kann durch eine sorgfältige Behandlung und eine Verlängerung der Retentionsdauer dieser Prozentsatz noch wesentlich herabgedrückt werden. Außer der Reluxation ist der eingerenkte Schenkelkopf auch von postoperativen Veränderungen wie Coxa vara oder einer Osteochondritis bedroht. Eine objektive Prüfung hat jedoch gezeigt, daß die Häufigkeit dieser Veränderungen vielfach sehr überschätzt wurde und daß der Wert der Repositionsmethode dadurch nicht beeinträchtigt werden kann. Innerhalb der günstigen Altersgrenze wird man also eine Heilung mit großer Wahrscheinlichkeit versprechen können, wenn nicht ganz besonders ungünstige anatomische Verhältnisse vorliegen.

Welches ist die Altersgrenze für die unblutige Reposition? Nach unseren Erfahrungen gilt als die obere Grenze für die doppelseitige Luxation das sechste, für die einseitige das achte Lebensjahr. Die doppelseitigen Fälle sind deshalb ungünstiger, weil bei ihnen der primäre Bildungsfehler und die Wachstumsstörung des ganzen Beckens von Haus aus wesentlich bedeutender ist als in jenen Fällen, bei welchen bloß ein Bildungsdefekt einer Seite vorliegt. Natürlich gilt diese Grenze nur im allgemeinen. In besonderen Fällen, wo der Hochstand des Trochanter relativ gering ist und eine laterale Position besteht, also bei Subluxationen, wird man sich über diese Grenze auch hinauswagen dürfen und es ist uns in einzelnen Fällen von 14 bis 16 Jahren noch gelungen, einen vollen Heilerfolg zu erzielen. Das sind jedoch Ausnahmsfälle; in der Regel wachsen die Schwierigkeiten mit zunehmendem Alter bis ins Unüberwindliche. Stößt schon die Reposition wegen der nutritiven Verkürzung der Muskulatur und wegen Verwachsungen der Kapselhaube am Darmbein in veralteten Fällen auf ungeheure Schwierigkeiten, so wird durch eine forcierte Reposition vor allem die Gefahr einer Ischiadikuslähmung heraufbeschworen. Sind diese Hindernisse und Gefahren der Reposition überwunden, so scheitert das Resultat schließlich an der mangelnden Pfannenausbildung, die sich bereits erschöpft hat, so daß am Ende die Reluxation nun doch nicht ausbleibt. Aber auch in jenen seltenen Fällen, bei welchen sich Reposition und Retention erzwingen lassen, wird die

Freude am Erfolg dadurch getrübt, daß sich Kontrakturen und Verwachsungen anschließen, die eine endlose Nachbehandlung und weitere Operationen notwendig machen. Schon daraus kann man ersehen, wie unverzeihlich es ist, die Reposition allzu lange hinauszuschieben, ja man muß es geradezu als Kunstfehler bezeichnen, wenn durch grobe Unkenntnis des Arztes der Zeitpunkt der Operation endgültig versäumt ist.

Eine weitere Frage, die zuweilen aufgeworfen wird: Welchen Wert hat derzeit die Methode der „blutigen" Reposition? Nach der bestehenden Sachlage kommt die blutige Reposition nur für jene Fälle in Betracht, bei denen die unblutige Behandlung zu keinem Resultat, das heißt zur Reluxation, geführt hat oder bei jenen, welche die Altersgrenze derart überschritten haben, daß die unblutige Methode von vornherein aussichtslos erscheint. Abgesehen davon, daß die blutige Reposition eine Reihe von Gefahren mit sich bringt, wird man wohl in den meisten Fällen mit einer Versteifung des Gelenkes rechnen müssen, die auch bei glatter Wundheilung kaum zu vermeiden sein dürfte. Und da sich wohl die wenigsten Patienten davon überzeugen lassen, daß ein versteiftes Hüftgelenk ein größerer Vorteil ist, als ein bewegliches, luxiertes, so wird man mit dieser Methode nur wenig Anklang finden. Ganz besonders gilt dies für eine doppelseitige Hüftankylose, die ganz fràglos für den Patienten ein wahres Unglück bedeutet. Bei den älteren Fällen mit größerem Trochanterhochstand wird übrigens die blutige Reposition ebenso an dem Widerstand der Muskeln scheitern wie die unblutige Einrenkung. Im übrigen hat die blutige Reposition in den letzteren Jahren einem anderen Verfahren Platz gemacht, das zwar keine „idealen" Heilungen in Aussicht stellt, dafür aber auf weit ungefährlicherem und sicherem Wege eine wesentliche Besserung verspricht.

Damit sind wir bei der Frage angelangt: Gibt es eine Behandlungsmethode für die irreponiblen angeborenen Hüftluxationen?

Gewisse palliative Methoden, die darauf abzielen, durch eine einfache Osteotomie die Kontrakturstellung zu beseitigen oder den Kopf nach vorne unter die Spinae einzustellen (Transposition des Schenkelkopfes) haben keine befriedigenden Resultate erzielt, so daß man sagen kann, daß wir bis vor kurzem der veralteten Luxation so gut wie machtlos gegenüberstanden.

Erfreulicherweise ist dies nicht mehr der Fall, seitdem Lorenz seinen genialen Gedanken der Bifurkation (Gabelung) des oberen Femurendes verwirklicht hat, die wir jetzt bereits in mehr als 60 Fällen in Anwendung gebracht haben.

Der Gedanke der Operation ist ebenso originell wie einfach. Er besteht darin, daß wir den dislozierten Schenkelkopf, da er irreponibel ist, an seiner Stelle belassen und daß wir in der Höhe der Pfanne eine schräge Osteotomie ausführen und das obere Ende des distalen Fragmentes direkt in die Pfanne reponieren. Die beiden Fragmentenden verwachsen naturgemäß miteinander und das obere Femurende teilt sich auf diese Weise gleich einer Gabel in zwei Zinken, von denen die eine laterale aus Kopf, Hals und Trochanter besteht, während die mediale Zinke durch das obere Ende des distalen Fragmentes gebildet wird und direkt gegen die Pfanne zielt. Auf diese Weise gewinnt das Becken eine solide knöcherne Unterstützung an seiner physiologischen Stelle, das ist am Pfannenorte.

Gegenüber dieser einfachen und harmlosen Operation hat die gefährliche und in ihren Erfolgen sehr fragwürdige blutige Reposition wohl jede Berechtigung eingebüßt. Allerdings ist die Bifurkation nur eine

palliative Methode, die den Vergleich mit den Erfolgen der unblutigen Reposition begreiflicherweise nicht aushalten kann, aber die funktionellen Endresultate bei den irreponiblen Fällen sind derart, daß wir mit Befriedigung auf dieselben blicken können.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

29. Kann mir ein Kollege das (vergriffene) Werk: Häser „Lehrbuch der Geschichte der Medizin", dritte Auflage, 1882, drei Bände, käuflich überlassen?
Dr. R. Hammer, Wien VIII., Alserstraße 37.

30. Bitte um Aufklärung über Autohämotherapie bei Skabies. Es sollen intraglutäale Injektionen ausgeführt werden. Quantum? Erfolg? Dr. R. L. in J.

31. Wie ist die heutige Anschauung über Behandlung der Arteriosklerose mit Jod? Dr. K. in S.

32. Welches Medikament soll man bei einem Anfall von Extrasystolen mit Tachykardie anwenden? Dr. K. in S.

33. Wo kann ich mich über Autoserotherapie oder Autohämotherapie gründlich belehren? Dr. W. J. in B.

34. Ein 15jähriger, sonst gesunder Bursche hat als Kind an Urtikaria gelitten und bekommt jetzt nur nach Abkühlung der Hände (auch nach Waschen) Urtikariaquaddeln an den Handrücken. Dr. F. K. in T.

35. Die Tageszeitungen brachten Nachrichten über ein neues Mittel gegen Diabetes „Insulin". Wo ist dieses zu erhalten und wie zu dosieren? Dr. E. in V. und Dr. F. B. in T.

36. Wie kann man das frühzeitige Verstopfen der Kanülen beim Aderlaß verhüten, welches oft die Gewinnung einer genügenden Blutmenge vereitelt? Dr. E. in V.

37. Kann man 0.01 Phloridzin zur urologischen Nierendiagnostik intravenös geben und wie sind dann die Normalwerte? Dr. B. in M.

38. Unter welchen Umständen sind Eiweißkörper, die nach anderen Proben in großen Mengen im Harn vorhanden sind, mit Esbachs Reagens nicht nachweisbar und wie erzielt man in diesen Fällen Niederschläge? Dr. B. in M.

39. Bei einem hiesigen Müller beklagten sich alle, die bei ihm mahlen ließen, daß das Gebäck bläuliche Farbe annehme. Die einen bezeichnen die Frucht als krank, andere führen die Erscheinung auf schlechte Reinlichkeit in der Mühle zurück. Das Mehl ist rein weiß, nur beim Kochen und Backen wird es blau. Dr. J. R. in W.

40. Gibt es ein Mittel, um den Kindern das Maueressen abzugewöhnen? Habe drei gut situierte Familien in meiner Praxis, deren Kinder schon seit Jahren ganze Löcher in die Mauer kratzen und den Mörtel usw. essen. Keine krankhaften Merkmale erkennbar, blühendes Aussehen. Alle bisherigen Versuche (Kalziumgaben, Bestreichen der

Mauer mit unangenehm riechenden Tinkturen u. dgl.) brachten nicht die geringste Änderung. Die Familien wohnen weit getrennt voneinander, so daß eine gegenseitige Angewöhnung der Unsitte nicht in Betracht kommt. Dr. O. F. in G.

41. Ein 15jähriges Mädchen von kräftigem Körperbau und normalem Organbefund, bei der bisher die Periode zweimal (Oktober und November 1922) auftrat, leidet seit eineinhalb Jahren an monatlich einmal an bestimmtem Termin auftretender, an der Nasenwurzel beginnender, scharf abgegrenzter Rötung und Schwellung der Gesichtshaut, die allmählich unter teilweiser Blasenbildung das Gesicht bis zu der Ohren- und Kinnpartie einnimmt, unter Fieber und Abgeschlagenheit einhergeht und etwa vier Tage dauert. Danach völliges Wohlbefinden, bis sich nächsten Monat an demselben Datum dieselbe, an Erysipel erinnernde Erscheinung wiederholt. Genitale normal. Wie ist dieser Symptomenkomplex zu deuten (vikariierende Menstruation)? Was käme therapeutisch in Frage? Dr. K. in R.

42. Bei der letzten öffentlichen Blatternimpfung ist bei einem unterernährten schwächlichen Kind an einem Arm an der Stelle der Impfpustel ein tiefes mißfarbiges Geschwür mit stark infiltrierten, bläulich verfärbten Rändern im Durchmesser eines Fünfkronenstückes entstanden, welches erst nach vielwöchentlicher Dauer mit einer tiefen Gewebsnarbe ausheilte. Da mir dieses unter vielen Tausenden von Impfungen noch nicht vorgekommen ist, möchte ich erfahrene Kollegen fragen, ob sie ähnliches gesehen haben. Die Impfung wurde natürlich streng aseptisch mit jedesmal frisch ausgekochter Impflamelle vorgenommen. Ich habe durchaus den Eindruck, daß keine Infektion vorliegt, vielleicht eine Dyskrasie des Kindes? Dr. W. B. in M.

43. Meine zweijährige, schwächliche Tochter leidet seit August 1922 in Intervallen von zwei bis drei Wochen bald an Angina catarrhalis, bald an Tonsillitis follicularis in der jeweiligen Dauer von zwei bis fünf Tagen. Das Kind ist dadurch ganz herabgekommen. In den fieberfreien Zeitabschnitten sind die Tonsillen kaum etwas vergrößert. Bisheriges Heilverfahren (Oleum jecoris aselli, Tricalcol, Quarzbestrahlung) ohne jeden Erfolg. Tonsillektomie kommt wohl wegen des Alters und der Schwäche gegenwärtig kaum in Frage. Dr. H. H. in B.

44. 13jähriges Mädchen leidet an Hyperidrosis in der Achselhöhle mit sehr unangenehmem Geruch. Salizylspiritus und Formalinpuder nützen nichts. Der Prozeß scheint nervöser Natur zu sein, da bei Angstzuständen das Schwitzen am ärgsten ist. Dr. K. M. in M.

45. Wer kann Auskunft über die Ameisensäuretherapie der chronischen Arthritis geben. Das von Dr. Krüll in Güstrow angewendete Mittel ist Geheimmittel, zweifellos in vielen Fällen von Erfolg. Er scheint nur eine einmalige Injektion zu machen und sie in langen Intervallen (sechs bis zwölf Wochen) zu wiederholen. Im Jahrgang 1922 einer der deutschen medizinischen Wochenschriften fand sich eine Notiz über Ameisensäuretherapie, die ich leider nicht finden kann. Ich selbst habe früher tropfenweise periartikuläre Injektionen von Ameisensäure 0.25:10.0 mit Zusatz von Novokain gemacht nach einem mir von einem Kollegen mitgeteilten angeblich englischen Rezept. Teilweise Erfolge glaube ich auf Hyperämie zurückführen zu sollen. Für genaue Angabe über Dosierung, Indikationen und Erfolge wäre ich dankbar. Dr. W. in B.

46. Sind nach antirabischen Injektionen subjektive Ohrgeräusche bekannt geworden? Ich habe 1915 eine 13tägige Tollwut-

Schutzimpfung durchgemacht und leide seitdem an einem tönenden Geräusch in einem Ohr, welches im Laufe der Jahre tiefer und schwächer geworden ist. Dr. F. P. in G.

47. Gibt es eine arteriosklerotische Lungenblutung? Wie groß ist ihre Häufigkeit? Wie kommt es, daß die Altersbrüchigkeit der Gefäße gerade vorwiegend Nase und Gehirn betrifft? Dr. F. P. in G.

48. Hat jemand Verwendung für gebundene Jahrgänge der Wiener klinischen Wochenschrift 1896 bis 1914?

Dr. F. Polack, Wien XVIII., Bastiengasse 9.

49. Uncharakteristische Anfälle. Patient bekommt etwa alle vier bis sechs Wochen Schmerzen (Kreuzschmerzen), die er jenen ähnlich nennt, wie er sie einst vor Ausbruch eines Herpes zoster hatte. Sie beginnen im Kreuz als Gürtelgefühl, bohrend, pressend, schraubstockartig. Sie sind nicht wellenartig, sondern kontinuierlich. Später lokalisiert sich der Schmerz in der rechten Mamillarlinie, seitlich des Nabels. Viele Borborygmi. Dennoch haben Abführmittel und die Behandlung als Colica flatulenta keinen wesentlichen Einfluß auf die Beschwerden. Auch auf antirheumatische Behandlung spricht der Fall nicht an; warm und kalt verändern den Schmerz nicht. Stuhl keine Gallensteine. Für Tabes kein Anhaltspunkt; Wassermann negativ. Ernährungszustand gut, aber der Kranke wegen der Schmerzen und tastenden Therapie besorgt.

Dr. E. K. in G.

50. Ein Neurastheniker (Kriegsfolge) leidet an Schlaflosigkeit. Er gibt an, nur ein einziges Mittel hätte die erwünschte Wirkung, und zwar sei dies eine farblose Flüssigkeit von angenehmem Geruch als Riechmittel gebraucht. Was könnte das sein? Dr. J. A. in Z.

51. Arzt sucht gute Praxis in Deutschösterreich abzulösen, eventuell mit Haus und Einrichtung. Briefe an die Redaktion.

52. Darf man bei Tetanus Morphin injizieren? Prof. Alfred Přibram schreibt in seinen „Grundzügen der Therapie“: „Ist die Schlaflosigkeit sehr groß, so bekommt der Kranke Morphin, wenn möglich innerlich und nicht subkutan, weil die Injektion an sich fast immer einen Anfall auslöst.“ Das „Therapeutische Lexikon“ (Wien 1893) hingegen empfiehlt Morphininjektion. Dr. J. M. in W.

53. Gibt es ein Mittel, das bei sexueller Übererregbarkeit und Pollutionen im Verlaufe einer Gonorrhoe mit Erfolg gegeben werden kann, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu zeigen?

Dr. P. L. in W.

54. Bitte um Angabe eines ausführlichen Buches über Lumbalanästhesie (Prof. M. v. Brunn, Verlag Enke, Stuttgart, 1922?).

Dr. L. S. in B.

55. Wurde wegen Mastoiditis am rechten Ohre trepaniert und leide seit dieser Zeit an Ohrgeräuschen. Therapie?

Dr. J. S. in N.

56. Ich machte seinerzeit in einem Nervensanatorium bei einem Naturarzt eine Kur und wurde auch „baumscheitiert“. Dazu gehört ein Apparat mit einer Anzahl feiner spitziger Nadeln, welche, nachdem der ganze Rücken mit einer Flüssigkeit eingeschmiert wurde, wie mit einer Pumpe in den Rücken gestochen werden. Dann wird der Rücken mit einem Öl überstrichen und verbunden. Es bilden sich kleine Eiterbläschen, nach vier Tagen wird der Verband entfernt, und man fühlt sich sehr frisch und wohl. Wo bekommt man diesen Apparat, welches sind die Flüssigkeit und das Öl? Dr. E. G. in G.

57. Welches ist die erfolgreichste Behandlung der Tylositas? Ich behandle seit Wochen einen Fall mit flächenhafter Schwielenbildung an den Fußsohlen. Auf 10% Salizylpflaster erweicht die Haut, aber die zum Teil äußerst schmerzhaften Rhagaden schwinden nicht.

Dr. R. L. in E.

Antworten:

Ad 232. Enuresis. Ich habe bei meinem 3½jährigen Sohne, nachdem die gebräuchlichen Medikationen trotz Einhaltung aller Kautelen versagt hatten, mit Liquor ferri sesquichlorati (dreimal täglich zehn Tropfen) einen prompten Dauererfolg erzielt. Vielleicht empfiehlt sich dieses billige und einfache und wohl auch unschädliche Mittel zur Nachprüfung. Das Rezept stammt von dem amerikanischen Arzt Dr. Carmichael.

Bakteriologe **Lipp**, Neubiberg bei München.

Ad 272. Hühneraugen. Einfachste, billigste und sicherste Behandlung: im oder nach warmem Bad Abreiben der Hornstellen mit Bimsstein; bei jedem Bad wiederholen. Dr. F. **Langguth**, Bad Oeynhausen.

Ad 324. Schwindel und Neurasthenie. Bestrahlung der Supraorbitalnerven mit Quarzlicht, zehn Minuten lang bei 30 cm Entfernung. Durchtasten der Stirn-, Schläfen- und Hinterhauptmuskeln sowie auch des Kukullaris, ob dieselben bei stärkerem Druck nicht schmerzhaft sind. Im positiven Falle Massage daselbst. Dr. F. **Kuthan**, Tischnowitz.

Ad 328. Belegte Zunge. Der starke Blutgehalt der Zunge läßt erwarten, daß ihr Stoffwechsel in hervorragendem Maße abhängig sein wird von der Ernährung des Blutes. Nun ist die Folge des erhöhten Säuregehaltes des Magens ein übernormal ernährtes Blut, eine Folge der mangelnden Magensäure eine blutleere oder belegte Zunge. Die Abhängigkeit der Ernährung des Blutes von der Säure des Magens erklärt zwanglos die reine Zunge als Folge eines normalen bis übernormalen Säuregehaltes des Magensaftes. Folge der mangelnden Azidität des Magens (bzw. Erkrankung der Magensaftdrüsen) ist Anämie und weiterhin Schwäche der Abstoßung der Zungenepithelien, das heißt Zungenbelag. Es besteht somit eine gewisse „Fernwirkung der Verdauungsstörungen auf die Zunge", und es dürften die alten Ärzte Recht haben, die in der Zunge einen Spiegel der Verdauungsvorgänge und der Säftemischung sahen.

Bakteriologe H. **Lipp**, Neubiberg bei München.

Ad 331. Das **Novatropin** ist Homatropinum methylo-nitricum. Experimentell wurde seine Wirkung von Issekutz geprüft und eine 30- bis 50fach geringere Toxizität bei einer achtfach gesteigerten Wirkung gegenüber dem Homatropin und bei gleich starker Wirkung wie die des Atropinum sulfuricum gefunden. Diese Angaben veranlaßten mich, das Novatropin praktisch an meiner Krankenabteilung prüfen zu lassen. Die von R. Hoffmann (W. kl. W. Nr. 1, 1922) ausgeführten Untersuchungen haben gelehrt, daß 1. das Novatropin bei gleicher Wirkung wie Atropin die störenden Nebeneffekte bei den verwandten Dosen überhaupt nicht zeigt, 2. dadurch besondere Vorteile bietet, daß es intravenös injiziert werden kann und 3. bei seiner geringeren Toxizität sich eine erhebliche Erweiterung der Gabenbreite ergibt. Nicht zuletzt ist der Umstand von Belang, daß eine protrahierte Anwendung dort, wo es sich um eine „Atropinkur" handelt, ohne Schwierigkeit durchführbar ist. Die Dosierung, die wir in Anwendung brachten, war 1.5 bis 5 mg in den einzelnen

Gaben, und zwar sowohl per os in Form von Tabletten, als auch subkutan, intramuskulär und intravenös. Die angewendeten Tagesdosen betrugen bis zu 12.5 mg. Gegeben wurde das Atropin bei allen Arten der spastischen Zustände des Darmtraktes einschließlich der Gallenblase, im Cholelithiasisanfall, bei Asthma bronchiale und insbesondere in der Herztherapie als Zugabe zu Digitalis bei Behandlung der Arhythmie. Ich verwende nämlich seit vielen Jahren bei dieser die Digitalispräparate mit Zugabe einer Dosis von 5 mg Extr. Belladonnae pro dosi und gebe jetzt ausschließlich das Novatropin (1.5 bis 2.5 mg) mit gleichwertigem Erfolg. In neuester Zeit habe ich überdies das Novatropin intravenös zur Bekämpfung des stenokardischen Anfalles in Verwendung gezogen. Mit Bezug auf die oben erwähnten Atropinkuren bemerke ich, daß das Novatropin bei den Nachtschweißen der Phthisiker, beim Asthma bronchiale, Ulcus ventriculi und bei den hypersekretorischen Beschwerden von seiten des Magens sich sehr gut bewährte. Es kommt nur bei höchst empfindlichen Patienten Trockenheit im Munde vor. — Die Kombination von Novatropin und Papaverin, die unter der Bezeichnung „Troparin“ seit längerer Zeit im Handel ist und 0.02 Papaverin mit 0.0015 Novatropin enthält, hat sich sowohl in der oralen wie subkutanen und intravenösen Applikation als sehr nützlich erwiesen. Es kommen bei dieser Kombination sowohl die direkte Wirkung auf die glatten Muskelfasern durch das Papaverin wie die lähmende auf die Endigungen der parasympathischen Nerven in vorteilhaftem Zusammenwirken zur Geltung. Hofrat Prof. Dr. J. **Pal**, Wien.

Ad 337. Dammrißnaht. Die Naht darf erst gesetzt werden, wenn die Wundflächen zu bluten aufgehört haben. Es muß erst jenes klebrige Sekret auf den Wundflächen erscheinen, das zum Verwachsen nötig ist; anderseits muß vermieden werden, daß die Blutung die Flächen auseinanderdrängt. Vermeiden muß und kann man dann auch das feste Zuziehen der Naht, durch welches eine Anämie des umfaßten Fleisches, somit nachfolgende Nekrose und Aufgehen der Naht entsteht.

Dr. M. **Perlsee**, Leitmeritz.

Ad 340. Otosklerose. In der Gesellschaft der Ärzte zu Wien (22. Dezember 1922) berichtete Thenen über gute Erfolge mit Proteinkörpertherapie, und zwar mit intramuskulären Vakzineurin- und Eiweißinjektionen. Bericht in Wr. klin. Wschr. Nr. 1, 1923. **Die Red.**

Ad 342. Marpmann-Serum ist durch die meisten Apotheken beziehbar. Nr. I. ist die prophylaktische, Nr. II. die therapeutische Packung. Es wird zweistündlich zu fünf Tropfen intern gegeben. Die Wirksamkeit ist strittig, doch hatte ich in zwei Fällen mit starker Halsdrüsenschwellung (Geschwister) den Eindruck, daß diese rasch zurückging. Sonst verläuft der Scharlach je nach seiner Virulenz. Das Serum ist aber zur psychischen Behandlung — besonders der ängstlichen und ungeduldigen Umgebung — ein praktisch nicht zu unterschätzendes Mittel. Zumal die Pause zwischen dem Initialfieber, wenn das Exanthem schwindet, und dem Beginn der Desquamation, — diese Pause, in der am Kranksein so häufig gezweifelt wird, ist leichter zu überwinden, wenn „ut aliquid fiat“ Serum gegeben wird, als wenn nichts geschieht. Dr. Fritz **Polack**, Wien.

Ad 355. Literatur über hämorrhagische Erosionen des Mastdarmes, siehe Münchn. med. Wschr. Nr. 41, 1921 (Westphal) und Nr. 48, 1922 (Pfister). Dr. V. **Pavia**, Trieste.

Ad 356. Pertussis. Ich habe seinerzeit auf dem Lande gegen Keuchhusten mit Thymipin-Golaz sehr gute Erfolge erzielt. Das Mittel wirkt

prompt. Leider ist es während der Kriegszeit vom hiesigen Markt verschwunden. Es soll in letzter Zeit unter dem Namen „Pilka“ wieder aufgetaucht sein. Dr. J. **Hoffmann**, Budapest.

Ad 356. Für ältere Kinder: Antipyrini 1.8, Chinini 1.2, Coffein 0.6, Sirup. simpl. 40.0, Aqu. dest. ad 200.0. D. S. Zweistündlich einen Kinderlöffel. Für jüngere entsprechend weniger. Dazu Einreibung mit Linimentum anticatarrhale Petruschky und bei gleichzeitig skrofulösen Kindern mit Linimentum tuberc. compos. Petruschky.

Dr. F. **Langguth**, Bad Oeynhausen.

Ad 356. Gestützt auf jahrelange Erfahrung kann ich bei Pertussis das „Vaporin“ (Erzeuger Krewel & Co., A.-G., Köln a. Rh., Vertreter für Österreich: M. Kris, Alte Feldapotheke, Wien I., Stephansplatz 8) aufs angelegentlichste empfehlen. Das Mittel (Pulver) wird, wie der Name besagt, mit Wasser verdampft und von den Kindern täglich einmal während einer Stunde eingeatmet, wobei die kleinen Patienten im Bette liegen oder sich sonst unterhalten können. Auch als Prophylaktikum gegen Pertussis haben sich die Vaporindämpfe besonders bewährt. Das Mittel ist billig; für gewöhnlich genügen zwei Büchsen zu einer Kur.

Dr. **Staedtler**, Kreuzlingen.

Ad 356. Dem Landarzt, der die Fälle nicht genau beobachten kann, möchte ich die Bromoformbehandlung warm empfehlen. Dosierung: dreimal täglich soviel Tropfen, als das Kind Jahre zählt. Nur in kleinen Mengen zu verordnen, da sonst leicht zersetzlich, wodurch es schnell unbrauchbar wird. Nebenbei allgemein bekannte diätetische Vorschriften.

Dr. B. **Rattner**, Miescisko.

Ad 356. In meiner Antwort „ad 356“ („Ars Medici“ 1923, S. 40) muß das Rezept richtig lauten:

Rp: Kalii carbonici 2.5
Coccionellae 2.0
Rad. Liquiritiae
Sachari ana 50.0.
D. S. Alle zwei Stunden einen Kaffeelöffel in Wasser.

Dr. E. **Katzschmann**, Hindenburg.

Ad 358. Ozaena. Impfung mit Ponndorf (B) und tägliches Einlegen von Tampons mit 2% Eucupinum-hydrochloricum-Salbe; 15 bis 20 Minuten liegen lassen. Dr. F. **Langguth**, Bad Oeynhausen.

Ad 360. Diarrhoen bei Scharlach. Die bei Beginn des Scharlachs manchmal auftretenden Diarrhoen sind diätetisch und womöglich unter Vermeidung von Opiumpräparaten zu behandeln.

Hofrat Prof. Dr. L. **Moll**, Wien.

Ad 360. Nachdem in den Lehrbüchern über die Diarrhoen bei Scharlach nur flüchtige Andeutungen sich vorfinden, seien im folgenden einige Bemerkungen angeführt. Bei normal verlaufendem Scharlach sind Erscheinungen von seiten des Intestinaltraktes, abgesehen von dem initialen Erbrechen, ein ziemlich seltenes Vorkommnis; in malignen (toxischen) Fällen hingegen sind schwere Enteritiden ein häufigeres Symptom. Die bei letzteren auftretenden profusen, grünen, aashaft riechenden Diarrhoen nehmen oft einen choleraartigen Charakter an und rufen einen bedrohlichen Kräfteverfall hervor. Insbesondere bedingen die im ersten Stadium und mit großer Intensität bei Scharlach auftretenden kopiösen Diarrhoen eine ungünstige Vorhersage und können schnell einen letalen Verlauf nehmen.

Bei Scharlachfällen mit schwerer Allgemeininfektion (septischer Scharlach) stellen sich mitunter infolge hämorrhagischer Diathese neben anderweitigen Blutungen (Petechien, Epistaxis, Hämaturie) blutige Stühle von dysenterieformem Charakter ein, und es finden sich zuweilen bei der Autopsie nekrotische Veränderungen an der Darmschleimhaut. Der Verlauf dieser Scarlatina haemorrhagica ist ein besonders schwerer und ungünstiger.

Bezüglich der Stuhlregelung und der Verfahrungsweise bei Diarrhoen beim Scharlach sind in den meisten Lehrbüchern nur wenige Angaben auffindbar, obwohl der Reinigung des Magendarmtraktes gerade bei dieser Krankheit eine wichtige Rolle zukommt. Ist ja doch der Scharlach eine Infektion, die zumeist gerade den Magen-Darmtrakt betrifft, wie die Morbillen eine Affektion des Respirationsapparates darstellen. Ist schon im Beginn vieler Infektionskrankheiten ein energisches Abführmittel vorteilhaft, so ist dies um so mehr beim Scharlach am Platze, dessen enterogene Natur in der neueren Zeit betont wird. Der Wichtigkeit des Gegenstandes halber sei hier auf die, wie es scheint, leider wenig beachtete Publikation von Dr. Max Mayer: „Unklare Krankheitsbilder, ihre Entstehung und Behandlung“ (Wr. med. Wschr. Nr. 51/52, 1906) hingewiesen. Nach diesem Autor hat bei allen mit Kopfschmerzen, Erbrechen oder Diarrhoen, starker Hauthyperämie, Halsschmerzen oder Nackensteifigkeit einsetzenden Krankheitsprozessen eine gründliche Evakuation frühzeitig stattzufinden, wodurch es oft gelingt, den Krankheitsprozeß zu kupieren. Das Wichtigste ist die Entfernung des zähklebrigen, adhärenten, stark toxinhaltigen Darminhaltes aus den zahlreichen Rezessen des Darmes. Hiezu sind aber nur die Mittelsalze, nichl jedoch die schwachen Kalomeldosen, die den toxinhaltigen Darminhalt zwar mobilisieren, aber nicht gründlich herausbefördern, geeignet. Die Mittelsalze allein, die durch zentrifugale Wasserabgabe nach dem Darmlumen, mithin durch eine der Resorption durchaus ungünstige Strömung, wirken, sind zu diesem Zweck am passendsten.

Aus dem Angeführten ergibt sich folgendes: Man wird, auch wenn der Scharlach mit Brechdurchfall eingesetzt hat, eine gründliche Evakuation mittels eines Mittelsalzes durchführen, um durch eine rasche Beseitigung der Materia peccans einer allgemeinen Toxinwirkung entgegen zu arbeiten. Das in der jüngsten Zeit empfohlene Präparat „Toxodesmin“ gegen mannigfaltige Intoxikationen, bei dem eine Kombination der adsorbierenden Wirkung der Tierkohle mit der evakuierenden der Mittelsalze besteht, leistet bei rechtzeitiger Anwendung in der Tat Vorzügliches und macht die günstige Wirkung der Mittelsalze bei Scharlach im Beginne verständlich. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 1. Hyperidrosis. Versuch mit Pilul. tonic. Erb: Rp: Acid. arsenicos. 0.05 bis 0.10, Extr. nuc. vomic. 0.5 bis 1.0, Ferri lactici, Chinini mur. ana 5.0, Extr. Gentian. quant. suff. ut fiant pilulae Nr. 100. Täglich dreimal ein bis zwei Stück. Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 4. Impotentia coeundi. In Dermat. Wschr. Nr. 1, 1923 ist ein entsprechender Apparat beschrieben. (Dieser Apparat wird von uns demnächst besprochen werden. Die Redaktion.) Dr. L. **Wolff,** Wiesbaden.

Ad 4. Bestellen Sie den Versteifungsapparat von Dr. Spiegel in Prachatitz in Böhmen beim Sanitätsgeschäft D. Schimek in Reichenberg. Außerdem täglich früh Gesicht, Hände und Genitalien mit frischem Wasser waschen. Dr. R. **Ofner,** Keltsch.

Ad 4. Ich habe gemeinsam mit Dr. O. Lederer in Karlsbad einen Apparat zur neuartigen mechanischen Therapie der psychischen Impotenz

ersonnen, der in jedem Falle eine zur Immissio genügende Erektion ermöglicht und auch für Fälle von Ejaculatio praecox geeignet ist, da er eine leichte Verzögerung der Ejakulation bewirkt. Bis zur Veröffentlichung wollen sich die Kollegen an mich wenden.

Dr. F. **Löwenbein**, Berlin, Charité, II. Med. Klinik.

Ad 6. Antimeristem. Wenden Sie sich an Dr. Bösser, Hannover, Ruhmkorfstraße 13, der ein Lipoid-Silikat herstellt und Ihnen Beschreibung schickt. Dr. L. **Wolff**, Wiesbaden.

Ad 7. Eine Traubenzuckerlösung, 50%ig, steril, in Ampullen zu 10 cm³ ist unter dem Namen „Osmon" im Handel.

Dr. P. **Löwy**, Wien.

Ad 10. Morphinismus. Morphinisten vom Morphiumzwang zu befreien, ist keine lohnende Aufgabe für den Arzt, da die überwiegende Mehrzahl der Kranken der Rezidive verfällt und Dauerheilungen zu den Ausnahmen gehören. Der Kranke empfindet die Entziehungskur als Barbarei, und es wird ihm auch viel zugemutet. — Ist der Morphinist kräftig, hat er tadellose Herzfunktion, übersteigt die Morphiummenge nicht 0.4 g im Tage, so kann die Entziehung plötzlich einsetzen; sonst ist die allmähliche Entziehung vorzuziehen. Jede Entziehungskur soll ausnahmslos in einer geschlossenen Anstalt durchgeführt werden und bedarf außerdem die ersten acht Tage ständiger Überwachung durch den Arzt wegen der Kollapsgefahr. Die allmähliche Entziehung beginnt mit einer Tagesdosis, welche der Hälfte der einbekannten Morphiummenge gleichkommt. Man verteilt die Tagesdosis auf sechs gleichmäßige Portionen und läßt bei Restriktion der Morphiummenge die Dosis für die Nacht erst dann weg, nachdem man den Kranken daran gewöhnt hat, den Tag ohne Morphium zu ertragen. Die Abstinenzerscheinungen werden dabei „symptomatisch behandelt": die Schmerzen durch reichliches Pyramidon, Aspirin usw., die Unruhe, Angst durch Scopolamin. hydrobrom (drei- bis viermal täglich 0.0005 in Pillen oder Tropfen), die Schlaflosigkeit durch feuchte Einpackungen (eine halbe bis eine Stunde), Alkohol, Paraldehyd (5 bis 8 g), Luminal (0.1 bis 0.3) oder mehrmals täglich Opium in kleinen Dosen. Während der Kur wird dem Kranken mit Zuspruch und Trost zugesetzt. Die Ernährung muß reichlich sein. Die Entziehung ist geglückt, wenn der Kranke sich wohl fühlt, Appetit, spontanen Schlaf hat und auf gesteigerte Potenz hinweist. Noch durch Wochen nach gelungener Kur muß er in ärztlicher Beobachtung bleiben und nach Entlassung aus der Anstalt sich alle zwei Monate für einige Tage wieder unter Kontrolle der Anstalt stellen. — Die Kollapsgefahr ist in den ersten acht Tagen zu fürchten, sie tritt plötzlich auf und ist durch Pulsverlangsamung (40 bis 30 Pulse) und Verlangsamung der Atmung eingeleitet. Auch Delirien können sich bei der Entziehungskur einstellen. Der Kollaps kann zum Tode führen, wird jedoch durch Morphiuminjektionen, starke Alkoholgaben, Kaffee, kalte Abreibungen und schließlich durch ein warmes Bad mit kalter Übergießung wirksam bekämpft. — Die plötzliche Entziehungskur wird in letzter Zeit folgendermaßen durchgeführt. Der Kranke wird durch vier Tage durch starke Veronalgaben (2 g) in einen Dauerschlaf versetzt. Nach jedem Erwachen muß er Nahrung zu sich nehmen und die Blase entleeren. Nach den vier Tagen bleiben die Abstinenzerscheinungen (Gähnen, Nießen, Speichelfluß, Schweißausbruch, Zittern, Bewegungsdrang, Beklemmung, Stuhlzwang, beschleunigter Puls) gewöhnlich weg, und der Kranke wird mit Sedativis, Hypnotizis, Alkohol und Hydrotherapie weiter behandelt. Ich habe mit den plötzlichen Entziehungskuren schlechte Erfahrungen gemacht.

Bei fiebernden Morphinisten ist nach multiplen Hautabszessen infolge unreiner Injektionen zu fahnden. Bei schlechter Herztätigkeit und Kräfteverfall denke man nicht an eine Entziehungskur.

Eukodal ist eine Kombination aus Kodein und Chlorhydrat. Es führt wie Morphium zur Angewöhnung, und die Entziehung ist in der gleichen Weise und nach denselben Grundsätzen wie beim Morphinismus durchzuführen. Prof. Dr. S. **Erben,** Wien.

Ad 12. **Sterilisation geburtshilflicher Instrumente.** Am besten bewährte sich mir gutes Auskochen, dann Abtrocknen mit frisch gewaschener und gebügelter alter Leinwand und Aufbewahren in steriler hydrophiler Gaze. Das Paket wird dann in die frisch gewaschene und gebügelte geburtshilfliche Leinwand geschlagen. Man vermeidet dadurch das Auskochen beim Kranken in den meist unzulänglichen Gefäßen.

Dr. K. **Glaser,** Eger.

Ad 12. Mir bewährt sich sehr gut folgendes Verfahren zur Sterilisation und zum sterilen Transporte des geburtshilflichen Instrumentariums. In passenden Leinwandsäckchen mit Zugverschluß werden die zu sterilisierenden Instrumente derart untergebracht, daß man sie für jeden Eingriff gesondert zur Hand hat, z. B. Forzeps, Perforation, Dammnaht, Kugelzangen und Spekula, Spülrohr und Katheter usw. Der Inhalt jedes Säckchens ist mit nicht verwaschbarer Wäschetinte bezeichnet. Für jede dieser Gruppen sind zwei Säckchen bestimmt. Nachdem man die Instrumente in die erste Hülle getan und diese verschlossen hat, wird der Sack umgedreht und mit der Verschlußseite nach unten in den zweiten gestülpt und nun auch dieser verschlossen. Jetzt kocht man die Säcke zehn Minuten in Sodalösung, faßt hernach mittels einer gleichzeitig ausgekochten Kugelzange das Säckchen an seinem Boden und hängt es umgekehrt auf einen großen, weit von der Wand abstehenden Haken, unter den ein zum Auffangen des abfließenden Wassers bestimmtes Becken gestellt wird. Je nach der Jahreszeit sind die Säckchen binnen 12 bis 24 Stunden trocken und können in die Geburtstasche verpackt werden. Zum Gebrauch öffnet man vor Desinfektion der Hände das äußere Säckchen und weist die Hebamme, nachdem man sich gewaschen, an, die innere Hülle vorzuziehen und umzudrehen, ohne den oberen Teil des Sackes zu berühren. Nun öffnet man den Verschluß des inneren Beutels und entnimmt die Instrumente, die man in das vorher ausgebrannte Bratblech oder auf steriles Packpapier, das man mit sich führt, legt. Dr. F. **Ranzel,** Brünn.

Ad 13. **Gichtische Schmerzen.** Die Bezeichnung „gichtische Schmerzen" läßt an Exaktheit einigermaßen zu wünschen übrig. Daher muß außer der echten uratischen Gicht mit deutlich sichtbaren und tastbaren knotigen Ablagerungen von harnsaurem Natrium noch vieles andere in Betracht gezogen werden: schmerzhafte Heberdensche Knoten, chronische Arthritis deformans, chronischer Gelenksrheumatismus, syphilitische Gelenkserkrankung, tabische Arthropathie, Neuritis, insbesondere bei chronischem Alkoholismus und bei medizinischer Arsenintoxikation, Akroparästhesie (insbesondere wenn es sich um eine Frau im Klimakterium handeln sollte) usw. Die Behandlung müßte auf ätiologischer Grundlage beruhen, rein symptomatische Schmerz- und schematische Wärmetherapie pflegen nur selten zu gelingen. Demnach bei Gicht Ableitung durch heiße Fußbäder, Abführen, ferner Alkalien, salizylsaures Natrium, Colchicum, Atophan; bei Heberdenschen Knoten heiße Handbäder, Massage, Ovoglandol intramuskulär oder ein entsprechendes Präparat bei Männern; bei

Arthritis deformans ähnliches Vorgehen, systematische passive Bewegungen der erkrankten Gelenke; bei chronischem Gelenksrheumatismus Milch, Aolan, Kaseosan, Natrium nucleinicum intramuskulär und in der Fiebernacht eine größere Dosis Natrium salicylicum. am besten per Klysma; bei Lues und Tabes antiluetische Therapie, kombiniert mit Heißluft, wobei wegen eventueller Hautanästhesie auf die Möglichkeit von Verbrennungen besonders zu achten ist; bei Neuritis toxica Behebung der Grundursache, Hydrotherapie; bei Akroparästhesie Ovarialpräparate, Aderlaß, heiße Bäder. Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien.

Ad 13. Aktive und passive Hyperämisierung der Hand.
Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 18. Fehlen der Reflexe. Syphilogene Nerven-, bzw. Rückenmarkserkrankung höchst wahrscheinlich. Ich empfehle Quéry-Serum, über welches ich Ihnen Auskunft gebe. Dr. L. **Wolff**, Wiesbaden.

Ad 21. Rippensekretionsfistel. Versuchen Sie Anfüllung der Fistel mit einer Rivanollösung 0.1:100.0 und darüber festen Verband durch mehrere Tage. Eventuell öfters zu wiederholen. Proben und Literatur über Rivanol durch die Höchster Farbwerke. Dr. W. **Prohaska**, Liesing i. L.

Ad 22. Dupuytrensche Kontraktur. Dr. G. Poggi, Mailand, berichtet im Buch Dr. Querys „Die Syphilis" auf S. 289 über einen Fall Dupuytrenscher Krankheit syphilitischen Ursprunges, der mit dem Quéryschen Affenserum geheilt worden sein soll. Dr. S. **Altenstein**, Mährisch-Ostrau.

Ad 28. Harndrang im Anschluß an psychische Aufregung. Es handelt sich allem Anschein nach um eine Störung auf nervöser und psychisch-sexueller Grundlage, die zu Beckenhyperämie mit konsekutiven Reizerscheinungen am Genitale und an der Blase führt („Witwenkrankheit"). Normaler Geschlechtsverkehr wäre vielleicht kausal die richtigste Behandlung. In Ermanglung dessen roborierende Hydrotherapie, salinische Abführmittel zur Beseitigung der Beckenhyperämie und außerdem Roborantia, bzw. Tonika, wie Nux vomica, Baldrian usw. Wenn nicht ausgesprochene Blutarmut vorhanden ist, hilft auch ein Aderlaß gegen derartige Reiz- und Erregungszustände. Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 33. Literatur über Autoserotherapie und Autohämotherapie.
Palmer & Secor: „An improved and simplified technique for autoserotherapie." — Med. rec. 1915, Bd. 58, Nr. 3 (ref. Ztrlbl. f. Chir. 1916, S. 38). — Rösler: „Die Autoserumtherapie bei Fleckfieber." — W. kl. W. 1916, Nr. 12. — Rösler: „Die Autoserumbehandlung der akuten Infektionskrankheiten." — M. Kl. 1916, Nr. 36, S. 944 (Lit.). — Spiethoff: „Zur Methode der Eigenblutbehandlung." — M. Kl. 1915, Nr. 2, S. 38 (Lit.). — Zimmermann: „Experimentelle Beiträge zur Blutüberpflanzung und zur Blutresorption." — München 1921. Verlag der Ärztlichen Rundschau. — Schäfer: „Tödlicher Ausgang bei Eigenbluttransfusion." — Ztrlbl. f. Gyn. 1922, Nr. 7, S. 280, V. B. — Schulmann: „Le traitement autohémothérapeutique de l'oedème angioneurotique." — Ref. Kongreßztrlbl. f. d. ges. inn. Med. 1920, Bd. 14, S. 281. — Töpler: „Über Bluttransfusion bei 24 Fällen von Graviditas extrauterina rupta." — D. m. W. Nr. 1922, Nr. 3. — Weill: „Le traitement de l'epididymite gonococcique par la plasmothérapie." — Presse méd. 1921, Nr. 55.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 36. Aderlaßtechnik. Bei der Venaepunktion wird meist der Fehler gemacht, daß viel zu enge Nadeln verwendet werden. Gute Resultate erhält man nur dann, wenn die Kanüle einen Durchmesser von 1½ bis 2 mm hat. Die Instrumentenmacher nennen das „Veterinärnadeln", wie sie eben in der Tierheilkunde verwendet werden. Solche dicken Nadeln verstopfen sich fast nie. Besonders dann nicht, wenn sie beim Auskochen mit einem entsprechend dicken Mandrin versehen werden. Nach dem Gebrauch soll man die Nadeln gleich mit kaltem Wasser durchspülen, mit dem Mandrin durchputzen und allenfalls durch absoluten Alkohol und Äther ziehen. Ich selbst verwende die einfachen Hohlnadeln ohne Spritzenansatz, wodurch sie sehr billig sind und nach ein- und mehrmaligem Gebrauch zur Reparatur kommen oder weggeworfen werden können. Die Firmen Kutil, Odelga, Reiner und Marconi in Wien halten solche Nadeln vorrätig. Dozent Dr. B. **Aschner,** Wien.

Ad 37. Phloridzinprobe. Die Dosis 0.01 Phloridzin wird kaum je intravenös appliziert, um die Nierenfunktion zu prüfen. Es wäre auch sehr schwer, „Normalwerte" für die Zuckerausscheidung anzugeben, die eine Schlußfolgerung auf die Funktionsfähigkeit der Niere zuließen, da die Größe der Zuckerausscheidung von einer großen Zahl extrarenaler Faktoren abhängt, die uns nur teilweise bekannt sind. So beeinflußt der Funktionszustand der Schilddrüse, wie Grote gezeigt hat, oder die diabetische Stoffwechselstörung (Dünner) die Phloridzinglykosurie. In der Gravidität ist sie gesteigert. Gewisse Fälle von Ikterus mit normaler Nierentätigkeit haben, wie ich mit Frau Dr. Kerti beobachtet habe (noch nicht veröffentlichte Untersuchungen), extrem hohe Zuckerausscheidung nach Phloridzin. Man hat wohl einige Milligramm (etwa bis 0.003) intravenös gegeben, eine Schlußfolgerung auf die Nierenfunktion zu praktisch urologischen Zwecken ist aber aus der Höhe der Zuckerausscheidung meines Erachtens unzulässig. Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 38. Esbach-Probe. Es gibt keine Eiweißkörper, die „nach anderen Proben in großen Mengen im Harn vorhanden sind" und mit dem Esbachschen Reagens (Pikrinsäure) nicht fällbar wären.
Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 40. Maueressen der Kinder. Es liegt wohl bei diesen Fällen eine Neuropathie vor. Ein sicher wirkendes Mittel gibt es nicht, doch führen die verschiedenen, suggestiv wirkenden Anordnungen gewöhnlich zum Ziele: Tinctur amara, Faradisieren, eventuell Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, wobei mit allem Ernste dem Kinde die gute Wirkung des Mittels vorausgesagt wird. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 41. Gesichtsröte zur Menstruationszeit. Der periodisch wiederkehrende rotlaufartige Ausschlag könnte unter die Menstruationsexantheme eingereiht werden. Doch wären die Verhältnisse sehr genauer Prüfung bedürftig. Die Regelmäßigkeit, insbesondere auch die zeitliche Beziehung zur Menstruation, müßte nicht nur nach den Angaben des Mädchens — gerade dieses Alter ist recht unzuverlässig — festgestellt werden. Die Blasenbildung erscheint fraglich, und noch mehr das Fieber. Aber möglich ist auch das. Zur Behandlung wären Eierstockpräparate, auch zusammen mit Schilddrüsentabletten zu versuchen.
Prof. Dr. F. **Kermauner,** Wien.

Ad 42. Geschwür nach Pockenimpfung. Mit einer Infektion durch die Impftechnik hat der geschilderte Vakzinationsverlauf gewiß nichts zu tun. Es ist jedoch anzunehmen, daß die abnorme Reaktion durch Erreger, die in der Kälberlymphe vorhanden waren, zustande gekommen ist. Der-

artige Beobachtungen sind nicht häufig, aber dem einen oder anderen beschäftigten Arzte wohl bekannt. Ähnlich (durch ungewöhnliche Mikroorganismen der Lymphe) wird ja auch die „Paravakzine" (Pirquet) erklärt, die als solche weder Immunität noch Allergie gegen nachfolgende Infektion mit Vakzine hinterläßt und als solche von Mensch zu Mensch übertragen werden kann. Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 43. Rezidivierende Angina. Zögern Sie nicht, Ihr Kind tonsillektomieren zu lassen, und zwar so rasch als möglich. Das jugendliche Alter ist keine Kontraindikation, der herabgesetzte Kräftezustand darf in diesem Falle keine sein. Die Tonsillektomie nach Sluder ist ein kurzdauernder, relativ leichter Eingriff, der als Insult in seiner Gesamtwirkung die Tonsillotomie kaum nennenswert überragt. Ein leichter Ätherrausch schaltet überdies jede Schockwirkung aus. Lassen Sie eventuell auch aus den steril entnommenen Mandeln eine Vakzine bereiten.
Dr. K. **Tschiassny,** Vorstand d. laryng. Amb., Rothschild-Spital, Wien.

Ad 44. Hyperidrosis. Novatropin und Arsenkur. **Die Red.**

Ad 46. Ohrgeräusche nach antirabischen Injektionen. Es handelt sich bei den subjektiven Ohrgeräuschen zweifellos um arteriosklerotische Beschwerden, die sich vielleicht durch die psychische Alteration anläßlich der Injektionen, vielleicht auch zufällig aus anderen Gründen (Aufregung, geistige oder körperliche Anstrengungen, Katarrhe — es kann schon ein Schnupfen genügen) gesteigert haben. Zuweilen kommen solche Ohrgeräusche bei Arteriosklerotikern nach Telephongespächen, bei einseitiger Muschelbenützung auch nur in dem in Anspruch genommenen Ohre vor. Mit der Lyssabehandlung könnte höchstens insofern ein Zusammenhang bestehen, als nach Injektionen eine Blutdrucksteigerung auftreten kann, welche ihrerseits wieder zu einer Steigerung der arteriosklerotischen Beschwerden führt. Sollten sich die Beschwerden bei irgend einer anderen Gelegenheit wiederholen, so würde sich die innere Behandlung mit kleinen Dosen von Jodnatrium — eventuell monatelang mit kurzen Unterbrechungen fortgesetzt — empfehlen. Prof. Dr. E. **Přibram,** Wien.

Ad 49. Schmerzanfälle im Kreuz und Abdomen. 1. Untersuchung auf Tabes; der negative Blut-Wassermann schließt Tabes durchaus nicht aus; 60% der Tabiker haben negativen Blut-Wassermann. — 2. Blei-Intoxikation? — 3. Sehr häufig ist ein ähnliches Bild bei chronischer Appendizitis. Untersuchung auf den Kümmelschen Druckpunkt (vgl. „Ars Medici" 1921, S. 484). — 4. Colica mucosa? Zeitweiser Abgang von Membranen und Fetzen. Dr. A. **Feuerring,** Wien.

Ad 49. Die Antwort ist schwer zu geben. Sind Druckpunkte einer Neuralgie, Sensibilitätsstörungen vorhanden, so daß eine Neuralgie anzunehmen wäre? oder liegt eine Wurzel-Neuritis vor, demnach ein Prozeß an der Wirbelsäule oder des Wirbelkanalinhaltes? Auch eine renale Einwirkung (Nephrolithiasis), eine Appendizitis scheinen nicht gänzlich ausgeschlossen. Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner,** Wien.

Ad 52. Morphin bei Tetanus. Die Morphinbehandlung bei Tetanus wird auch von A. P ř i b r a m empfohlen, nur zieht er die Darreichung per os der subkutanen vor, weil letztere immer einen Anfall auslöst. In der Praxis wird es sich deshalb empfehlen, wenn aus irgend einem Grunde die interne Darreichung auf Schwierigkeiten stößt, die Morphininjektion w ä h r e n d eines Anfalles auszuführen und in der anfallsfreien Zeit den Kranken

in Ruhe zu lassen. Jeder Anfall birgt ja die Gefahr in sich, zum Zwerchfellkrampf und zum Tode zu führen. Prof. Dr. E. **Přibram,** Wien.

Ad 55. Subjektive Ohrgeräusche. Otosklerol intern. Panitrin-Ingelheim subkutan in die Gegend des Processus mastoideus.

Die Red.

Medikamente.

Eklamptol nennt sich das nach den Angaben von P. Rissmann (Hebammenschule, Osnabrück) hergestellte, stark natriumhaltige physiologische Nährsalz für werdende und stillende Mütter, über dessen Anwendungsweise und Grundlagen in „Ars Medici" 1922, S. 501 berichtet wurde. — Erzeuger: Bernh. Hadra, Berlin C 2. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 34, 1922.)

Heliobrom ist ein neues, nach Dr. W. Joseph (Berlin) sehr wirksames Antipruriginosum. Es ist chemisch Dibromtanninharnstoff, ein dem Bromokoll verwandter Körper, und wird in 10%iger spirituöser Lösung einfach mit Wattebausch dreimal täglich aufgetragen; schon nach wenigen Sekunden ist die Haut wieder trocken; nur wo die Haut nicht frei liegt (Achselhöhlen), lasse man die sich berührenden Flächen einige Minuten bis zur völligen Eintrocknung klaffen. Auch durch Kratzen exkoriierte Stellen können mit Heliobrom bepinselt werden, ohne Schmerzen oder Reizung hervorzurufen. Verfasser hatte mit dem Mittel gute Erfolge bei Lichen chronicus simplex, Strophulus infantum, Pruritus senilis (nicht bei Pruritus vulvae). Besonders rasch war die Wirkung beim Pruritus ictericus, und auffallend die schnelle Heilung bei drei Fällen von Dermatitis herpetiformis (Duhring), bei welchen alle anderen Mittel vorher versagt hatten. (D. m. W. Nr. 51, 1922.)

Notizen.

GUTE BÜCHER

„Der Balken" von Mingazzini, Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Verlag Julius Springer, Berlin 1922. — Eine erschöpfende, mit bewundernswertem Fleiß zusammengetragene und durch eigene Forschungen vermehrte Darstellung alles dessen, was wir über den Balken des Gehirnes und seine Erkrankungen wissen. Ein eigenes Kapitel behandelt den Balkenstich. Für den Theoretiker wie den Praktiker gleich lesenswert.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise für 1923:

Für das I. Halbjahr 1923 portofrei:

Österrei h K 12.000.—, **Deutschland** Mk. 5000.—, **Ungarn** ung. K 500.—, **Polen** poln. Mk. 5000.—.

Für 1923 ganzjährig portofrei:

Tschecho-Slowakei č. K 30.—, **Italien** Lire 12.—, **SHS.** Dinar 50.—, **Rumänien** Lei 100.—, **Schweiz** Fr. 8.—, **Frankreich** Fr. 10.—. **Skandinavien** skand. K 6.—, **Holland** h. fl. 4.—, **England und Kolonien** Sh. 6.—, **Amerika** Dollar 1½. **Finnland** finn. Mk. 30.—, **Bulgarien** Lewa 100.—.

Die Jahrgänge 1911 bis 1922 kosten gebunden je K 20.000.—, Mk. 10000.—, č. K 30.—, poln. Mk. 10000.—, ungar. K 1000.—, Dinar 50.—, Lire 12.—, Lei 100.—, Fr. 8.—, skand. K 6.—, h. fl. 4.—, Dollar 1½.

Leinen-Einbanddecken 1922 und früherer Jahrgänge K 8000.—, Mk. 4000.—, č. K 5.—, Fr. 1.—, skand. K 1.—, h. fl. —.50.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Seit 1. Jänner 1923 erscheint auch eine Ausgabe der „Ars Medici" in **englischer Sprache.**
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4803. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Banca Commerciale Triestina in Triest. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen



* An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.



Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 21563

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 3. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. März 1923.

Der Bezugspreis der „Ars Medici" pro 1923 ist im vorhinein zu begleichen. Wir bitten höfl., die noch im Rückstande befindlichen Abonnenten um eheste Überweisung. Mahnspesen und Mahnporto sind heute sehr hoch und müßten den Säumigen in Anrechnung gebracht werden, ebenso eine etwaige weitere Geldentwertung. — Preise und Zahlstellen auf Seite 141 dieses Heftes.

Interne Medizin.

Das Antipepsin und die Therapie des Magengeschwürs.

In der Magenschleimhaut und im Magensaft findet sich eine Substanz, welche die Pepsinwirkung hemmt und daher der Selbstverdauung des Magens entgegenwirkt, das sogenannte Antipepsin. Das Ulcus ventriculi hängt möglicherweise mit einer Verminderung des Antipepsins zusammen, und therapeutische Versuche mit Antipepsin beim Magengeschwür wurden schon von Katzenstein angeregt. Jarno (Budapest) weist nach, daß das Antipepsin des Magensaftes hauptsächlich aus dem Gallensekret stammt. Schon Glässner hatte die Gallensäuren auf Grund ihrer pepsinzerstörenden Wirkung zur Ulkusbehandlung herangezogen. Doch weist Verfasser nach, daß die von Glässner empfohlenen Mittel — Acidum cholicum und Natrium cholalicum — gerade die am wenigsten pepsinhemmenden Gallenbestandteile sind. Es empfiehlt sich viel mehr, das weitaus wirksamere Natrium taurocholicum zur Behandlung des Magengeschwürs auszuprobieren. (Arch. f. Verdauungskrkh., Bd. 30, H. 3/4, 1922.)

Hochdosierte Radiumtrinkkuren bei chronischen Arthritiden

erwiesen sich nach Vaternahm im Institut für physikalische Therapie der Universität Frankfurt a. M. (Prof. Strasburger) häufig noch erfolgreich, wo die übliche Radiumtherapie versagte. Man beginnt mit niedrigen Dosen (einige tausend ME. täglich) und steigt langsam unter Vermeidung stärkerer Reaktionen auf 300.000 ME. täglich und, wenn auch diese Dosis erfolglos bleibt, in weiteren zwei bis drei Wochen vorsichtig bis auf eine Million ME. täglich, welche Höchstdosis zehn bis zwölf Tage lang gegeben wird, um dann langsam wieder herabzugehen. Dauer der ganzen Trinkkur

sechs bis acht Wochen. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen (Blut, Harn usw.) sind selbst bei Neurasthenikern nicht zu befürchten. Die bekannte schlaffördernde und schmerzstillende Wirkung der Radiumemanation führte im Gegenteil zu einem beruhigenden Einfluß auf das Nervensystem. Diese hohen Dosen sind aber nur dann indiziert, wenn die kleineren und mittleren erfolglos bleiben. (M. Kl. Nr. 47, 1922.)

Darf der Arzt Arzneimittel selbst dispensieren?

Von Prof. Hildebrand (Marburg).

Mit folgenden Ausnahmen ist der Verkauf von Arzneien gesetzlich nur dem Apotheker gestattet, sonst jedermann, also auch dem Arzt verboten: In Orten, welche weit entfernt von einer Apotheke liegen, kann auf Antrag einem Arzt gestattet werden, eine ärztliche Hausapotheke zu halten. Von Notfällen abgesehen, dürfen aber die Arzneien nur an eigene Patienten abgegeben werden. Homöopathische Ärzte können das Recht zum Selbstdispensieren nach Ablegung einer Prüfung erlangen. Selbst die Zubereitung von Medikamenten ist, von obigen Ausnahmen abgesehen, im allgemeinen verboten, geschweige denn deren Verkauf. Die Herstellung einzelner Lösungen (Salvarsan, Novokain-Suprarenin) ist unter Verantwortung des Arztes gestattet.

Wird eine Maximaldosis überschritten, so muß der Arzt ein Rufzeichen hinzufügen, da sonst der Apotheker das Rezept nicht zubereiten darf. Auf jedem Rezept ist zu bemerken, wie es angewendet werden soll. Dann kann der Apotheker im Falle eines Irrtums ein Unglück verhüten. Allgemeine Wendungen, wie „zu Händen des Arztes“ oder „zur Injektion“, sind unzulässig. (M. m. W. Nr. 3, 1923.)

Fieberhafte Cholezystitis — Choleval venös.

In 20 meist schweren Fällen von fieberhafter, mit Cholangitis, Leberschwellung und zum Teil mit Cholelithiasis komplizierter Cholezystitis erzielte Prof. Singer (Wien) auffallende Erfolge (durch Chemodesinfektion der Gallengänge) mit Choleval venös, 0.1 bis 0.2 in 10 bis 20 cm^3 Wasser pro dosi, frisch gelöst, mehrmals, oft zwei bis drei Tage hintereinander. Das aus der Gonorrhoetherapie bekannte Choleval (Merck) ist ein mechanisches Gemenge von gallensauren Salzen und kolloidalem Silber. Unmittelbar nach den Injektionen fällt das Fieber ab, gehen die Leberschwellung und die übrigen Symptome rasch zurück, so daß man geradezu den Eindruck einer spezifischen Wirkung hat. In leichteren Fällen genügen ein bis zwei (streng venöse!) Injektionen zur förmlichen Kupierung der Krankheit. (M. m. W. Nr. 3, 1923.)

Die Concretio pericardii

wird leider noch selten richtig erkannt. Das ist um so bedauerlicher, als heute vielen dieser Schwerkranken, dem sicheren Tode Geweihten, auf chirurgischem Wege Hilfe gebracht werden kann.

Prof. Volhardt unterscheidet praktisch zwei Formen: 1. Das Überwiegen der Verwachsung des verödeten schwieligen Herzbeutels mit der Brustwand und 2. das Überwiegen der Schrumpfung des Perikards nach Perikarditis. — Im ersten Falle wird durch die Verlötung des Herzens mit der Brustwand die Systole erschwert; die Folge ist Herzmuskelschwäche, Unverschieblichkeit der Lungenränder und des Herzens bei der Atmung und bei Lagewechsel und vor allem die charakteristische Einziehung der Herzgegend und der ganzen Brustwand bei jeder Systole und

ihr Zurückfedern in der Diastole, das sogenannte „diastolische Brustwandschleudern“ (nach Brauer), das nur zu leicht fälschlich für den Herzspitzenstoß gehalten wird. — Die Therapie besteht nach Brauers bewährtem Vorschlage in einer Entknochung der Brustwand im Bereiche des Herzens zur Erleichterung der erschwerten Systole.

Bei der zweiten Form ist das Herz von dem schwielig veränderten Perikard so umklammert und eingemauert, daß vor allem die Diastole leidet, aber auch sekundär infolge der sehr mangelhaften Diastole die Systole fast gar nicht zur Geltung kommen kann. Auch diese Form läßt sich sicher diagnostizieren. Durch die Behinderung der Diastole entsteht eine starke Stauung im Blutkreislauf vor dem rechten Herzen, die „Einflußstauung“. Man findet also Leberschwellung, Ödeme der Haut, seröse Ergüsse in den Körperhöhlen, Blausucht, Atemnot bei Bewegung; man vermißt aber dabei alle Zeichen am Herzen, die solche Stauung erklären würden. Es findet sich kein erweitertes, sondern ein kleines Herz, kein Spitzenstoß, keine Erschütterung der Brustwand, meist reine, aber auffallend leise Töne. Der ungenügenden diastolischen Füllung entspricht ein kleiner, weicher, mit der Einatmung oft kleiner werdender, rhythmischer Puls von geringer Amplitude. Vor dem Röntgenschirm scheint das Herz still zu stehen, so gering sind die Ausschläge des „eingemauerten“ Organes. Besonders kennzeichnend für diesen Zustand der erschwerten Diastole ist jedoch die in die Augen springende Überfüllung der gestauten Halsvenen, die auch im Sitzen und Stehen gefüllt bleiben und namentlich beim Stehen einen charakteristischen doppelten Kollaps in der Systole und Diastole erkennen lassen. Die blutige Messung des Venendruckes in den Armvenen ergibt erhöhte, meist verdoppelte Werte. Der Aszites beherrscht oft das Krankheitsbild so, daß Zirrhose diagnostiziert, häufig punktiert oder die Talma-Operation ausgeführt wird. Darauf hat F. Pick (Prag) zuerst hingewiesen und dieses Krankheitsbild als „Pseudozirrhose“ bezeichnet.

Auch diese zweite Form der Concretio pericardii ist heute schon der chirurgischen Behandlung zugänglich, wenn auch die erzielten Erfolge noch nicht zahlreich sind. Verfasser hat im Verein mit Prof. Schmieden nach mehreren Versuchen gefunden, daß die Abschälung des Perikards vom linken Ventrikel ohne Pleuraeröffnung und ohne Schonung des Phrenikus am empfehlenswertesten ist. Die Krankheit ist so quälend und der ungünstige Ausgang ohne Operation so gewiß, daß der Arzt mit gutem Gewissen zu dem schwierigen Eingriff raten kann, und der Kranke sich zur Operation wohl stets bereit finden wird. (Klin. Wschr. Nr. 1, 1923.)

Die Diättherapie des Diabetes

berücksichtigt heute nicht nur die Toleranz für Kohlehydrate, sondern auch insbesondere die für Eiweiß und die für die Gesamtkalorienzufuhr. Die Kohlehydrate werden viel besser vertragen, wenn das Eiweiß beschränkt wird. Selbst in leichteren Fällen sollte man daher nach Prof. Aßmann (Leipzig) nicht unbeschränkt Fleisch- und Eierzufuhr gestatten, sondern durch deren Reduktion die Zufuhr größerer Kohlehydratmengen ermöglichen, auf welche viele Diabetiker so großen Wert legen. Insbesondere eiweißempfindliche mittelschwere Fälle im mittleren Lebensalter kann man dadurch länger am Leben erhalten. Eine übermäßige Eiweiß- und Kalorienzufuhr ist auch in leichteren Fällen unstatthaft.

In schweren Fällen gibt man eventuell durch Monate eine eiweiß- und kohlehydratarme Kost, vor allem Fett, 150 g täglich (= 1350 Kalorien), das mit Gemüse (Spinat, Salat, Kohl, Spargel, Wirsing usw.) und mit

Luftbrot (Glidinebrot o. dgl.) genossen wird, dazu Kaffee, Tee mit etwas Sahne und Alkohol (¼ bis ½ l Wein oder 50 g Kognak), bisweilen auch etwas ungesüßtes Preiselbeerenkompott oder grüne Äpfel.

Durch diese kalorienarme vegetabilische Kost (22 bis 25 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht) konnte ein schwerer, 30jähriger Patient, der durch die übliche strenge kohlehydratfreie Diät (bei der Fleisch und Eier gegeben werden), weder zucker- noch azetonfrei zu bekommen war, ein Jahr lang bei bestem Wohlsein (zucker- und azetonfrei) und leicht arbeitsfähig erhalten werden. Die tägliche, fast ausschließlich vegetabilische Eiweißzufuhr betrug nur 30 g. Dazu wurde noch wöchentlich ein Hungertag eingeschaltet (lediglich etwas Gemüse ohne Fett, Kaffee, Alkohol). Während Patient früher bei kalorienreicherer Kost abnahm, bzw. durch Ansammlung von Ödemen scheinbar zunahm, nahm er bei dieser Kost in zwei Monaten sogar um 5 kg zu. Erst später erhielt er gelegentlich Sonntags geringe Mengen Fleisch, worauf meist leichte Glykosurie folgte, und täglich etwa 100 g Kartoffel, die nun gut vertragen werden. Als Patient aus der Klinik entlassen wurde, arbeitete er schwer als Landwirt und starb ein Jahr später plötzlich im Koma.

In schweren Fällen müssen jedenfalls schwere körperliche Arbeit und psychische Reize vermieden werden. (M. Kl. Nr. 49, 1922.)

Zur Behandlung des erhöhten Blutdruckes

schreibt Prof. F. Müller (München): Die Notwendigkeit einer Behandlung bestimmt lediglich das Allgemeinbefinden. Viele Fälle fühlen sich dann nur wohl, wenn ihr Blutdruck hoch bleibt, andere hingegen, wenn er erniedrigt wird. Bei drohender Herzinsuffizienz ist vor allem Digitalis in vorsichtigen Dosen angezeigt, worauf der Blutdruck gewöhnlich heruntergeht. Ferner bewähren sich die Theobrominpräparate und das Koffein, weshalb Tee und Kaffee keineswegs zu verbieten sind. Hingegen wirken Nikotin und vor allem Wein ungünstig. Jod wirkt nur selten günstig; es darf jedenfalls nur in kleinsten Dosen gegeben werden, schon deshalb, weil es bei erkrankter Niere nur schwer ausgeschieden wird. In den nicht seltenen Fällen, wo die Hypertension mit einer Harnsäurevermehrung im Blut zusammenhängt, ist regelmäßiger Gebrauch von Atophan (an zwei bis drei Tagen der Woche je zwei Tabletten) entschieden vorteilhaft. Knappe, vorwiegend lakto-vegetabilische Ernährung kann versucht werden, hat aber während des Krieges keinen nennenswerten Einfluß auf die Hypertension gezeigt. Sehr wichtig sind körperliche und geistige Ruhe und mäßiger Sport. Aderlässe können die Beschwerden über eine Reihe von Wochen lindern und, mehrmals jährlich wiederholt, die Verschlimmerung des Leidens verzögern. — Hypertension ist keine Kontraindikation gegen chirurgische Eingriffe. (M. m. W. Nr. 1, 1923.)

Jodalkalien verringern die Viskosität des Blutes,

wie frühere Versuche von Müller und Inada bewiesen haben. Dadurch hat die Jodtherapie der Arteriosklerose ihre experimentelle Stütze erhalten. Neuere Versuche von Deusch und Frowein (Med. Klinik, Rostock) bestätigen (mit den modernsten empfindlichen Apparaten vorgenommen) die Tatsache der Verringerung der Gesamtviskosität des Blutes nach 14tägiger Darreichung von dreimal täglich 0.5 g Natrium jodatum. Es konnte festgestellt werden, daß diese Verminderung der Gesamtblutviskosität nicht auf Verringerung des Serumeiweißgehaltes zurückzuführen ist, sondern vermutlich auf Änderung der Diffusionsvorgänge zwischen den korpuskulären Elementen und der Blutflüssigkeit. Dagegen besteht

eine innige Beziehung zwischen dem Eiweißgehalt des Blutserums und dem Schilddrüsensekret. Bei Basedow sind Serumkonzentration und Viskosität vermindert, beim Myxödem erhöht; bei letzterem bewirkt Zufuhr von Thyreoidin klinische Besserung und Verminderung der Eiweißkonzentration und inneren Reibung des Blutserums. Eine ebensolche, wenn auch nicht so erhebliche Abnahme der Serumkonzentration und der Viskosität des Blutserums konnte Frowein bei Gesunden nach etwa 14tägiger Zufuhr von täglich dreimal 0.1 g Thyreoidin-Merck feststellen. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 140, H. 5/6, 1922.)

Knollenblätterschwammvergiftung — Traubenzucker venös.

Harmsen und Blank hatten „zauberhafte Erfolge" mit der venösen Infusion von 125 g Traubenzucker in 500 g Ringerlösung, die sie innerhalb drei Krankheitstagen bis zu sechsmal wiederholten. Das Aussehen bessert sich, die Kranken werden euphorisch, die Augen bekommen wieder Glanz und Spannung, die Haut normalen Turgor, Seh- und Hörstörungen verschwinden, das Durstgefühl läßt nach, Leibschmerzen und Tenesmen bessern sich, Wadenkrämpfe und Zyanose schwinden, und der Puls wird normal. (Ztschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 11. 1922.)

Lungentuberkulose — Jodoformbehandlung.

W. Müller (Lungenheilstätte Tatrahaza) hatte gute Erfolge mit intravenösen Injektionen von Guajakoljodoform (Merck) in steigender Dosierung und Konzentration. Die Injektionen werden zweimal wöchentlich, im ganzen meist bis zu vierzigmal gegeben. In Fällen mit einseitigem Spitzenkatarrh wurde Stillstand für ein Jahr erzielt, in fiebernden Fällen Entfieberung, in vorgeschritteneren Fällen hielt die Besserung mehrere Monate an. „Der so erreichte Stillstand des Prozesses bedeutet den Beginn der Heilung." (Ztschr. f. Tbc., Bd. 36, H. 1, 1922.)

Vorsicht mit Novasurol!

Schilsky (Rodewitsch i. V.) hatte Novasurol als Diuretikum zum erstenmal in einem ganz und gar desolaten Fall gegeben und diesen dadurch wider Erwarten völlig entwässert und wieder digitalisempfänglich gemacht. In weiteren Fällen sah er aber zweimal hämorrhagische Kolitis, die an sich zwar harmlos verläuft, den Patienten aber sehr ängstigt; ferner aber auch einen Fall von schwerer Nephrose im Anschluß an eine solche Kolitis mit Übergang in chronische Nephritis. Der Urin soll vorher eiweißfrei gewesen sein, wurde aber von Schilsky selbst nicht untersucht. Seither gibt Schilsky als erste Injektion nur mehr ½ cm³ Novasurol und steigert nur sehr vorsichtig in den üblichen Intervallen von fünf bis sieben Tagen.

Auch Henius (II. medizinische Universitätsklinik, Berlin) hält die Einzeldosis von 2 cm³ Novasurol für zu hoch. Seitdem an der Klinik grundsätzlich 1 cm³ als Einzeldosis verwendet wird, wurden hämorrhagische Kolitiden nicht mehr beobachtet. Die diuretische und die Hg-Wirkung ist sehr energisch. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 9 und 10, 1922.)

Die Polycythämie oder Erythrämie

ist eine ziemlich seltene Blutkrankheit, die mit einer gesteigerten Bildung von Erythrozyten (bis 15 Mill. im Kubikmillimeter) einhergeht. Die Krankheit beginnt nach Prof. P. Morawitz (Würzburg) schleichend mit Kopf-

schmerzen, Schwindel, Mattigkeit; Haut- und Schleimhäute sind eigenartig düster kirschrot, nicht zyanotisch, am deutlichsten an Lippen, Ohren, Händen. Die Kranken sind meist mager und über 30 Jahre alt. Die Konjunktiven sind injiziert, die Retinalvenen stark gefüllt und geschlängelt. Die Milz ist deutlich vergrößert. Albumen und Zylinder im Harn wurden öfters beobachtet. Ebenso Anfälle von Erythromelalgie: Rotwerden der Hände unter heftigen, bis in die Oberarme ausstrahlenden Schmerzen und oft auch Schweißausbrüchen. Punktiert man eine Vene mit dünner Nadel, so fällt es auf, wie zähe, dickflüssig und nur spärlich das Blut der Nadel entquillt. Die Autopsie ergibt insbesondere Verbreitung des roten Knochenmarks. Das Leiden verläuft langsam progressiv und endigt mit einer Hirnblutung oder durch eine andere Komplikation.

Therapie. Symptomatisch wirken große Aderlässe (500 cm³), gegen die Kopfschmerzen Lumbalpunktion günstig. Durch Röntgenbestrahlung der Knochen kann man lange Remissionen, selbst Dauerheilung erzielen. (M. m. W. Nr. 48, 1922.)

Neurologie und Psychiatrie.

Fettsucht und Hypophyse.

Neuere Versuche Plauts und Knippings beweisen, daß nicht nur der Dystrophia adiposo-genitalis, sondern auch allen Formen einfacher unkomplizierter Fettsucht ein Versagen der Hypophysenfunktion zu Grunde liegt. Der Grundumsatz der Nahrung bleibt bei solchen Kranken normal, aber die Steigerung des Gaswechsels nach der Nahrungsaufnahme (die sogenannte „spezifisch-dynamische Wirkung") bleibt stark unter der Norm. Eine Stunde nach Aufnahme von 250 g Fleisch und etwas Brot und Butter ist bei Gesunden der Sauerstoffverbrauch um 30- bis 40% höher als nüchtern, bei Fettsüchtigen beträgt diese Erhöhung nur etwa 10%. Durch Einnehmenlassen eines Präparates, das aus dem Hypophysen-Vorderlappen hergestellt ist („Präphyson" der Firma Passeck & Wolf in Hamburg) wird jedoch auch bei Fettsüchtigen eine Erhöhung des Sauerstoffverbrauches bis zur Norm erzielt. Es scheint also die Hypophyse, bzw. deren inneres Sekret, in Beziehung zur Nahrungsverbrennung zu stehen (ebenso wie sie in Beziehung zum Genitale steht), und man kann anscheinend therapeutisch ihr Versagen durch Präphysongaben ausgleichen, so wie ein ähnliches Verhalten beim Thyreoidin schon erprobt ist. (D. m. W. Nr. 1, 1923.)

Gaseinblasungen in den Lumbalkanal

werden zum Zwecke der röntgenographischen Darstellung des Gehirns unter Ablassung der entsprechenden Liquormenge vorgenommen („Enzephalographie"). Es lassen sich dann durch die Lufteinblasung die aufgehellten Partien der Ventrikel deutlich photographieren. Prof. Bingel (Braunschweig) verfügt jetzt schon über mehr als 250 Enzephalographien. Ernstere Schädigungen sind bei dem Verfahren nicht vorgekommen, jedoch leichtere unangenehme Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel und Brechreiz. Alte Apoplektiker, Epileptiker und besonders Paralytiker vertragen die Lufteinblasungen (ebenso wie Lumbalpunktionen überhaupt) auffallend gut. In der letzten Zeit hat Verfasser statt Luft Kohlensäure eingeblasen, welche schneller resorbiert wird, wodurch auch die Dauer

der Beschwerden abgekürzt wird. Im allgemeinen halten dieselben ein bis drei Tage, zuweilen auch acht Tage und länger an. Meist zeigt sich während der Gaseinblasung Schweißausbruch und zuweilen nach dem Eingriff Fieber und subfebrile Temperatur. Man kann die Nebenwirkungen erheblich einschränken, wenn man 30 bis 45 Minuten vor der Gaseinblasung 1 bis 1½ cg Morphin und ¼ bis ⅓ mg Skopolamin injiziert und nach dem Eingriff mittels Tröpfchenklistiers die abgelassene Flüssigkeit (meist 80 bis 100 cm^3) bald zu ersetzen trachtet.

Bei der diagnostischen Übung der Gaseinblasungen in den Lumbalkanal kam Verfasser bald zu der Überzeugung, daß das Verfahren auch therapeutisch oft sehr günstig wirke. Man kann bei gleichzeitiger Gaseinblasung naturgemäß viel größere Liquormengen ablassen als ohne Gaseinblasung, ja, wenn man will, ohne Schaden den ganzen Liquor. In den Lumbalsack gebrachte Medikamente (wie etwa Tetanusserum) werden bei dem Verfahren gleichmäßiger im Zerebrospinalkanal verteilt und dem Gehirn zugeführt, was bei einfacher Lumbalpunktion nicht der Fall ist. Bei mehreren Fällen von Meningitis zeigte die Lufteinblasung tatsächlich auffallende Besserung, offenbar durch Druckherabsetzung und Entfernung von Toxinen, ebenso bei Hirntumoren. Bei letzteren war bisher die Lumbalpunktion wegen zu schneller Druckherabsetzung verpönt; unter gleichzeitiger Lufteinblasung kann man den Druck stets auf gleicher Höhe halten oder sogar erhöhen. Bei einem Hirnabszeß und bei einer Enzephalitis-Lähmung waren die Erfolge recht günstig, schließlich auch bei zwei Fällen von Rindenepilepsie. (D. Ztschr. f. Nervenhk., Bd. 75, H. 4/5, 1922.)

Die Schicksale der Kopfverletzten.

Von Prof. A. Fuchs, Wien.

Das Wiener Invalidenamt verzeichnet für das heutige Österreich zirka 173.500 Kriegs- und darunter 5732 Kopfverletzte. Dauernd frei von Kopfschmerz und Schwindel ist kaum ein einziger unter den Kopfverletzten. Häufig sind rudimentäre Anfälle von Hemikrania ophthalmica (z. B. Flimmerskotom ohne Kopfschmerz) und Migräneanfälle mit Symptomen des sensiblen Jackson-Anfalles. In ungefähr 7½% sind die Migräneanfälle als epileptische Äquivalente aufzufassen, bzw. bildet der Anfall die Aura eines partiell motorischen oder allgemein konvulsiven Anfalles. Pupillendifferenz und Labyrinthsymptome sind dabei selten. Nach Verletzungen, die mit schwerer Gehirnerschütterung einhergegangen waren, sind endokranielle Drucksteigerung sowie die geschilderten Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel und Migräne am häufigsten und schwersten, wenn nicht größere und insbesondere freie Defekte der Schädelkapsel bestehen. Doch sind Lumbalpunktionen manchmal völlig erfolglos.

Lähmungen bilden sich oft überraschend gut zurück, nur die feinere Innervation der oberen Extremität bleibt häufig zurück. Fast vergeblich ist hingegen der Kampf gegen die Spasmen, die durch die übliche physikalische Therapie eher verschlimmert werden. Lediglich von chirurgisch-orthopädischen Maßnahmen sind in einzelnen Fällen Erfolge zu erwarten. Nur leichte Massage und noch leichtere Übungstherapie ist vornehmlich aus psychischen Gründen zu empfehlen. Ebenso machtlos sind wir gegenüber den Gefühlslähmungen, bei welchen vor einer energischen Therapie ganz besonders dann zu warnen ist, wenn Patient über anfallsweise sich verstärkende Parästhesien klagt, die fast immer als kortikale Reizerscheinungen aufzufassen sind. Es könnte durch eine

öftere Faradisation oder kräftigere Massage ein epileptischer Anfall geradezu provoziert werden. Speziell sind deutliche sensible Jackson-Anfälle eine absolute Kontraindikation gegen die Anwendung aller Formen des elektrischen Stromes. Überhaupt müssen bei Verdacht einer traumatischen epileptischen Hirnveränderung tunlichst alle Reizmomente (Erschütterungen, heftige Geräusche, Berufsschädigungen, wie häufiges Bücken, Hitze, Nachtarbeit, häufige Eisenbahnfahrten), vor allem aber der Alkohol ausgeschaltet werden.

Zerebrale Sehstörungen (Hemianopsie u. dgl.) sind objektiv wenig rückbildungsfähig, wirken aber mit der Zeit durch Übung weniger störend. Die schweren Fälle von besonders totaler Aphasie sind unbeeinflußt geblieben; die geringen Resultate monatelanger Übungen schwinden nach kurzer Unterbrechung.

Die traumatische Epilepsie aller Formen (inklusive Jackson-Anfälle und sonstige Äquivalente) betrifft 17 bis 18% aller Kopfverletzten. Irgend ein Zusammenhang zwischen der Schwere, dem Sitz und der Art der äußeren Verletzung und der nachfolgenden Epilepsie scheint nicht zu bestehen. Sicher ist nur der weitaus günstigere Prozentsatz bei sofortigem Debridement unmittelbar nach der Verletzung, wobei keiner chirurgischen Methode (Duraplastiken, primärer Wundverschluß usw.) der Vorzug gegeben werden kann. In vielen schweren Fällen hat die neuerliche Trepanation und Meningolyse weitgehende Besserung und selbst Heilung gebracht. Zurückgebliebene Metallsplitter scheinen Epilepsie weniger auszulösen als Knochensplitter. Symptomatisch ist Brom am wichtigsten; beim Status epilepticus Chloralhydrat, Chloroformnarkose. Absolutes Alkoholverbot!

Von Spätabszessen (entfernt von der Knochenwunde) wurden 14 beobachtet; sie setzten zum Teil mit Geistesstörungen ein, ferner mit Somnolenz, häufigem Gähnen, subfebrilen Temperaturen, meningealen Symptomen. Nur zwei Fälle von Stirnhirnabszeß konnten durch die Operation gerettet werden.

Häufig sind leichte traumatische Spätpsychosen in Form von leichten Intelligenzdefekten, Gedächtnis- und Urteilsschwäche, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Intoleranz gegen Hitze usw., Affektschwankungen mit paranoiden Zuständen (Beeinträchtigungsideen, Mißtrauen u. dgl.).

Im großen und ganzen gehört der Bericht wohl zu den traurigsten ärztlichen Kriegserfahrungen. (W. m. W. Nr. 49, 1922.)

Chirurgie.

Akute Magen- und Duodenalblutungen — Frühoperation.

Prof. H. Finsterer (Wien) konnte feststellen, daß unter 53.494 obduzierten Fällen von drei Wiener Spitälern 1262 Fälle Narben oder frische Ulzera im Magen oder Duodenum aufwiesen, von welchen es 301mal zur Perforation in die freie Bauchhöhle gekommen war und 202mal zum Verblutungstod infolge Arrosion, das heißt über 21% aller offenen Ulzera waren akut verblutet. Diese hohe Mortalität bei konservativer Therapie konnte Finsterer bei 20 Fällen durch Frühoperation (Resektion) bei akuter Blutung auf 5% (1 Todesfall) reduzieren. Durch Frühoperation (24 bis 48 Stunden nach Beginn der heftigen Blutung) bei akuter Blutung lassen sich demnach viermal soviel Fälle retten als durch konservative Therapie. Durch die Frühoperation vermeiden wir die töd-

liche Arrosionsblutung aus einer großen Arterie, die fast nie sofort, sondern in rasch aufeinander folgenden Nachschüben eintritt, sowie die Perforation des Ulkus, die zusammen mit der Anämie fast immer eine tödliche Komplikation bedeutet.

Das blutende Ulkus, das stets leicht zu finden ist, wird am besten reseziert, beim penetrierenden Ulkus dabei der Grund freigelegt und das blutende Gefäß im Grund umstochen. Ist die Resektion unmöglich, (Duodenalulkus, das bis zur Papille reicht und bei dem der Choledochus aus den Schwielen nicht isoliert werden kann), so macht man die hintere Gastroenterostomie, ligiert den Pylorus mit einem dicken Seidenfaden und legt auf das Ulkus einen so großen Tampon, daß die Bauchdecke direkt vorgewölbt wird und legt dann einen festen Kompressionsverband an, durch den der Tampon auf das blutende Geschwür gedrückt wird. Nach 12 bis 24 Stunden muß der Verband gelockert werden; die Blutung steht, da sich bereits ein Thrombus gebildet hat, der wegen der Ligatur des Pylorus nicht mehr fortgeschwemmt wird. (W. kl. W. Nr. 47, 1922.)

Technisches zur Appendektomie

bringt A. Krecke (München). Beim Pararektalschnitt muß man sich hüten, die den Rektus versorgenden Ausläufer der Interkostalnerven zu verletzen, da sonst Atrophie des M. rectus eintritt. Der Nerv muß stumpf nach oben oder unten beiseite geschoben werden. Bei nach rechts verlagerter Flexur (Colon sigmoideum) ist Verwechslung mit dem Zökum häufig und die Auffindung der Appendix dadurch erschwert. Man denke daran, wenn man bei kleinem Schnitt ein sehr bewegliches Kolon vor sich hat und die Appendix nicht gleich findet. Dort, wo die drei Tänien des Zökum zusamentreffen, liegt die Appendix, doch kann gelegentlich das Zökum nach oben gegen die Leber zu gerichtet sein, in welchem Falle man das Zökum nach oben zu verfolgen muß, um zur Appendix zu gelangen. Bei Verwachsungen muß das Zökum vorsichtig in Beckenhochlagerung herausgeschält werden, wobei man mit dem Finger immer wieder nachtastet, ob die Appendix fühlbar wird. Letztere bekommt man eventuell am raschesten dadurch frei, daß man ihre Serosa spaltet und dann das Organ herausschält. Durch unvorsichtiges Zerren kann die Spitze der Appendix abreißen; man muß daher immer genau nachsehen, ob das Organ auch in toto entfernt wurde. Man hüte sich vor Verwechslung mit einem Fettanhang (Appendix epiploica). Bei Verwachsungen ist es oft am besten, den Wurm zunächst an der Basis abzutragen, das Zökum zu verschließen und erst jetzt unter vorsichtigem Zug, die Auslösung des Wurmes zu vollenden. Hat sich um die Appendix herum ein Abszeß gebildet, so ist es für den Ungeübten am besten, sich mit der einfachen Inzision zu begnügen und nach sorgfältiger Abdeckung der Umgebung den Eiter trocken herauszutupfen. Meist liegt der Abszeß rückwärts und außen vom Zökum, so daß man ihn am raschesten freilegt, wenn man das Zökum vorsichtig von der hinteren Bauchwand ablöst und rasch einwärts drängt. (M. m. W. Nr. 50, 1922.)

Fistula ani, Gelenktbc. — Phenolininjektionen.

Die von Morian (M. Kl. Nr. 47, 1920) empfohlene Behandlung der Gelenktbc. mit Phenol wird von H. Sieben (Bürstadt, Hessen) für die Praxis sehr gelobt. Nach Punktion des Gelenkes wird der Eiter mit der Spritze abgesaugt und dann werden in dasselbe 5 bis 15 cm³ einer angewärmten 10%igen Suspension von Phenol in Wasser mit 1%igem Novokainzusatz injiziert. Wiederholung, eventuell mehrmals alle 8 bis 14 Tage.

Vergiftungserscheinungen sind nicht zu befürchten. In dieser hohen Konzentration koaguliert das Phenol rasch das Eiweiß und wird dadurch unschädlich.

Diese Methode bewährte sich Sieben ausgezeichnet auch bei Mastdarmfisteln. Unter Leitung der Hohlsonde wird eine lange, sehr dünne Kanüle in den Fistelgang eingeführt und zunächst im tiefsten Teil der Fistel 1 cm^3 obiger Phenolsuspension mit Novokainzusatz in die derbe Wand des Ganges eingespritzt. In das Lumen der Fistel darf kein Phenol übertreten, da es sonst durch die innere Fistelöffnung in den Mastdarm gelangen und dort die Schleimhaut schädigen kann. Diese völlig schmerzlosen Injektionen werden etwa alle zehn Tage wiederholt, wobei man, da sich die Fistel von innen her schließt, mit der Spritze immer weniger hoch hinauf gelangt. (M. Kl. Nr. 52, 1922.)

Zur Erkennung regionärer Krebsrezidive

gibt Prof. F. Franke (Braunschweig) einen kleinen Kunstgriff an, der sich ihm sehr bewährt hat. Man bestreicht die verdächtige Stelle mehrmals hintereinander fest mit dem Finger (jedoch nicht so fest, daß Schmerz erzeugt wird). Auf diese Weise fühlt man selbst die allerkleinsten Rezidive als kleine Knötchen in der Haut und sieht sie kurz darauf als kleine weißliche, papelähnliche Hervorragungen, die sich von selbst oder bei weiterem Streichen etwas röten, so daß sie kleinen Urtikariaflechten ähneln. Diese Reizerscheinung (offenbar durch Toxine erzeugte Übererregbarkeit) hält fünf bis zehn Minuten an. Das Zeichen ist wichtig, da reiche Erfahrung lehrt, daß so manche Patientin z. B. mit operiertem Mammakarzinom lange Jahre am Leben erhalten werden kann, wenn man jedes kleine Rezidiv schnell nach seinem Auftreten exstirpiert. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 51, 1922.)

Zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose

äußerte sich Prof. F. Sauerbruch am IV. Österreichischen Tuberkulosetag in Wien (April 1919) wie folgt: Bei vorwiegend einseitiger, fibröser Lungentuberkulose kommt die Ausschaltung und funktionelle Ruhigstellung der erkrankten Lunge durch den künstlichen Pneumothorax oder, wenn dieser infolge Verwachsungen nicht mehr möglich ist, durch die Thorakoplastik in Betracht. Dieses Verfahren ist der Natur abgelauscht, indem nach dem Eintreten eines spontanen Pneumothorax oder eines größeren Pleuraergusses oft Heilung der Phthise eintritt. Durch den Kollaps der erkrankten Lunge kommt es zu einer Lymphstauung, die die Resorption der Giftstoffe aus den Krankheitsherden verhindert und die Bindegewebsproliferation fördert. Bei rasch progredienten, broncho-pneumonischen Formen ist der künstliche Pneumothorax kontraindiziert. Verwachsungen dürfen durch Drucksteigerung nicht gesprengt werden, da dadurch Einrisse im Lungengewebe mit nachfolgender Pleurainfektion entstehen können. Die Erfolge der Pneumothoraxtherapie werden durch das Auftreten der an sich harmlosen Reizexsudate getrübt, die aber durch Hinzutreten einer Infektion gefährlich werden können. Ganz schlecht ist die Prognose der Pleuraempyeme nach Kavernendurchbruch.

Bei der typischen Thorakoplastik werden in mehreren Sitzungen in Lokalanästhesie aus der elften bis ersten Rippe je ein 4 bis 10 cm langes Stück möglichst nahe der Wirbelsäule im Gebiete der größten Krümmung reseziert, da hier der mechanische Erfolg am größten ist. Über größeren Kavernen müssen größere Rippenstücke reseziert werden (10 cm und mehr), wenn eine vollständige Verödung der Hohlräume zustandekommen soll. Allgemeinnarkose, und zwar nur mit Äther, ist nur dann gestattet,

wenn die tägliche Sputummenge 20 cm^3 nicht überschreitet (Aspirationsgefahr!). Man muß immer mit der Resektion der unteren Rippen beginnen; wird das Kavernengebiet zuerst eingeengt, so droht Sekretaspiration in die noch nicht eingeengten unteren Lungenteile. Man muß auf Grund der Erfahrungen Sauerbruchs bei 507 Fällen mit einer Operationsmortalität von 2 bis 4% in den ersten Tagen und von 10% in den ersten Wochen nach dem Eingriff rechnen. 13% Spättodesfälle im Laufe des ersten Jahres sind auf das nicht zu hemmende Fortschreiten der Tbc. zurückzuführen. 33% wurden geheilt, 27% gebessert. Der Eingriff darf nur dann unternommen werden, wenn längere Beobachtung keine Zeichen eines fortschreitenden Prozesses in der anderen Lunge ergibt. Da nach der Entknochung die Brustwand sich in paradoxem Sinne hin- und herbewegen kann, besteht die Gefahr der Aspiration. Sie wird durch geeignete fixierende Verbände verhindert. Um dem Kranken das unbedingt erforderliche regelmäßige und vollständige Aushusten zu ermöglichen (Wundschmerz), wird er unter Morphium gehalten. Er wird dauernd überwacht; beim geringsten Rasseln in den Luftwegen muß er unbedingt aushusten. Die Entstellung infolge der Operation ist unbedeutend und tritt gegenüber den Dauererfolgen völlig zurück.

Die extrapleurale Plombierung mit Fett oder Paraffin ist als Verfahren der Wahl abzulehnen, kann aber in Verbindung mit der Thorakoplastik vorteilhaft zum Beseitigen zurückgebliebener Kavernen verwendet werden.

Die künstliche Zwerchfellähmung durch die Phrenikotomie bewirkt gleichfalls eine Ruhigstellung und teilweise Einengung der erkrankten Lunge. Sie hat aber hauptsächlich nur diagnostischen Wert, da anschließendes Auftreten von Fieber oder von deutlichen Symptomen in der vermeintlich gesunden Lunge, vor einer größeren Operation zurückhalten.

Bei nur partiell gelungenem künstlichen Pneumothorax kann man durch eine obere Teilplastik auch die Lungenspitze einengen, wenn keine Aspirationsgefahr besteht (geringe Auswurfsmengen). Der untere Pneumothorax muß dann bis zur Heilung der Tbc. weiter unterhalten werden. (W. m. W. Nr. 48, 1922.)

Parotisfistel — Röntgen.

Die Parotisfistel setzt der Behandlung großen Widerstand entgegen. Etwa 30 Methoden wurden bisher zu ihrer Schließung angegeben — der beste Beweis, wie hartnäckig oft dieses Leiden der Therapie trotzt. Die Heilung gelingt noch am besten, wenn man die Sekretion der Parotis ganz ausschalten kann. Dazu dient die Methode von Leriche („Ars Medici" 1918, S. 95), die in Entnervung der Drüse besteht, oder die gänzliche Exstirpation der Parotis. Erstere versagt auch zuweilen und ist technisch schwierig; die Entfernung der Parotis aber setzt immerhin Ausfallsbeschwerden, auch ist der Nervus facialis nicht immer leicht dabei zu schonen. Kaess (Chir. Klinik, Düsseldorf) macht darauf aufmerksam, daß wir in der Röntgenbestrahlung ein Verfahren besitzen, mit dem wir jede Drüse temporär hemmen oder ausschalten können. Bei den Bestrahlungen von Lymphomen ist wohl jedem Röntgenarzt schon die Klage über Trockenheit im Munde (infolge Hemmung der Parotis) begegnet. Durch richtige Dosierung (etwa 150 F bei 25 cm Fokus-Hautabstand und 3 mm Aluminiumfilter) gelingt es, die Parotis für so lange Zeit auszuschalten, daß sich die Fistel unterdessen schließt. In zwei hartnäckigen Fällen, bei deren einem die Entnervung schon versagt hatte, wurde prompte Heilung erzielt. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 1, 1923.)

Der Zungenkrebs.

Von Prof. H. Küttner (Chir. Univ.-Klinik, Breslau).

266 Fälle, davon 81% bei Männern (über 45 Jahre). Hauptursachen: Tabak, Lues, Leukoplakie (scharf begrenzte, ziemlich harte, milchigweiße Flecken, besonders an der Wangenschleimhaut und am Zungenrücken), Dekubitalgeschwüre infolge von scharfen Zahnkanten und schlechtsitzenden Prothesen; Genuß schlechten Alkohols. Histologisch meist verhornendes Plattenepithelkarzinom. Beginn meist als Geschwür am Zungenrand mit wallartigen Rändern und zerklüftetem Grund, aus welchem man durch Druck die charakteristischen Krebspfröpfe entleeren kann. Sehr frühzeitig submaxillare und tiefe zervikale Lymphdrüsenmetastasen, meist beidseitig. Von der Hauptlymphdrüse der Zunge auf der Vena jugularis interna in Höhe der Karotisteilung werden die tiefen zervikalen Drüsen hinauf bis zur Schädelbasis und hinunter bis zum Jugulum affiziert. Metastasen in den inneren Organen sind hingegen selten. Oft schon im Beginn neuralgische Schmerzen, die gegen das Ohr zu ausstrahlen. Zur Frühdiagnose muß unbedingt bei jeder hartnäckigen Ulzeration, bei jedem verdächtigen Knötchen an der Zunge eine ausgiebige Probeexzision in Lokalanästhesie gemacht werden, namentlich, wenn ein Dekubitalgeschwür nach Entfernung des scharfkantigen Zahnes nicht in wenigen Tagen abheilt oder wenn an einem leukoplakischen Fleck irgend welche Veränderungen auftreten. Bei Leukoplakien ist jedes Geschwür und jeder Tumor höchst krebsverdächtig.

Differentialdiagnose: Luetische Gummen sind nicht selten multipel, sitzen meist am Rücken und an der Spitze der Zunge (das Ca. am Zungenrand und im präepiglottischen Raum); Blutungen, Schmerzen und Drüsenschwellungen sind im Gegensatz zum Ca. selten. Der Grund eines luetischen Geschwürs ist von einer zähen, blättrigen Masse bedeckt, die sich ohne größere Blutung entfernen läßt, während der Grund eines Krebsgeschwürs nekrotisch, weich ist und sehr leicht blutet. Ein Geschwür mit unterminierten Rändern an der Zungenspitze spricht für Tbc. Aktinomykose und Sarkom sind sehr selten, Lupus und die disseminierte Schleimhauttbc. der Phthisiker sind leicht zu erkennen.

Die Operation wird stets nur in Lokalanästhesie ausgeführt. Ihre Mortalität (Schluckpneumonie usw.) ist dadurch auf 8.3% gesunken. Bei größerem Tumor muß zweizeitig operiert werden: zunächst Ausräumung des ganzen Lymphgebietes der Zunge am Halse von großem Kreuzschnitt aus (median vom Kinn bis zum Sternum, Querschnitt leicht bogenförmig in einer Hautfalte unterhalb der Kieferwinkel von einem Kopfnicker zum andern). Es werden ausgeräumt die submentalen, submaxillaren und tiefen zervikalen Drüsen, eventuell auch die in der Nähe des Jugulum gelegenen und, wenn vergrößert, auch die supraklavikularen Drüsen und die am unteren Parotispol gelegenen. Zweckmäßig wird auch beiderseits die Submaxillarspeicheldrüse entfernt und insbesondere bei allen größeren Karzinomen die A. lingualis doppelseitig zwischen den Abgangstellen der A. maxillaris und der A. thyreoidea unterbunden. Bei sehr vorgeschrittenen Tumoren unterbindet man palliativ noch besser ein- oder beidseitig die Carotis externa, was stets gut vertragen wird. Die Exzision der Zungengeschwulst folgt in einigen Tagen, eventuell nach querer Spaltung der Wange oder nach Durchsägung des Unterkiefers. Patient steht schon am Tage nach der Operation auf und lernt das Schlucken und Sprechen meist auffallend rasch. (Die Ther. d. Gegenw., H. 12, 1922.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Abortausräumung in der Außenpraxis

empfiehlt Pentz (Frauenarzt in Köpenick) folgende Technik: Die Instrumente werden beim Auskochen so gelagert, daß ihre Griffe nach derselben Seite liegen, so daß während der ganzen Operation nur diese berührt zu werden brauchen und die in den Uterus eingeführten Instrumententeile unberührt bleiben. In den Einsatz des Kochapparates lagert man zuerst die Hegarschen Dilatatoren, der Stärke nach; die dicksten zu unterst, darüber mehrere scharfe Bummsche Küretten verschiedener Größe, zwei stumpfe Abortzangen, eine Kornzange (dient lediglich zum Reinigen der eingestellten Portio mittels ausgekochten Wattebäuschchen), zwei Kugelzangen und die beiden Spekula.

Die Patientin wird narkotisiert und dann ohne Instrumente Größe und Lage des Uterus bimanuell festgestellt. Ein retroflektierter, nicht fixierter Uterus läßt sich bei den entspannten Bauchdecken leicht aufrichten, Gewaltanwendung ist verboten. Die eingestellte Portio wird mittels der Kornzange gereinigt, im Uterus selbst haben weder Kornzange, noch Sonde (im Gegensatz zu Liepmann, s. „Ars Medici" Nr. 12, 1922, S. 541) etwas zu suchen. Wer sich bimanuell nicht genau orientieren kann, in dessen Hände gehören überhaupt keine Abortinstrumente, am wenigsten die beim weichen Uterus so gefährliche Sonde!

Die Zervix wird langsam und vorsichtig bis zu Hegar 8 oder 9 gedehnt, dann ein durch vierwöchiges Aufbewahren in Spiritus sterilisierter 8 bis 9 mm dicker Laminariastift eingeführt, der 8 cm lang sein muß, damit er genügend weit den inneren und den äußeren Muttermund überragt. Der Stift bleibt mindestens 12, höchstens 24 Stunden liegen. Eventuell Wehenverstärkung durch dreimal täglich 0.5 Chin. sulfur. Dann wird weiter vorsichtig bis mindestens Hegar 12 gedehnt und nun die geschlossene, stumpfe Abortzange ganz vorsichtig, sondenartig bis an den Fundus vorgeschoben und die am äußeren Muttermund liegende Stelle der Zange notiert. Die Zange wird nun etwas zurückgeschoben und die groben Fruchtteile werden mit ihr entfernt. Dann werden mit einer scharfen, möglichst großen, der Zervixweite entsprechenden Bummschen Kürette die Uteruswände methodisch ausgekratzt und zum Schluß durch einen Druck auf den Uterus die losen Teile ausgepreßt. Spülungen unterbleiben. (M. Kl. Nr. 44, 1922.)

Erhöhter Blutdruck (= Hypertension) und Uterusmyom

treffen nach Prof. F. Müller (München) so häufig zusammen, daß ein Kausalnexus angenommen werden muß. Das Myomherz ist meist durch Versagen der Herzkraft gegenüber einer schweren Hypertension verursacht. Die Röntgenbestrahlung verkleinert zwar die Myome, beeinflußt aber nicht die Hypertension, während nach operativer Entfernung der Blutdruck wieder normal werden kann. Im Anschluß an die chronische Hypertension myomatöser Frauen kann sich mit der Zeit auch eine offenbar sekundäre Nephrosklerose entwickeln. Auch die nicht seltene klimakterische Hypertension dürfte auf innersekretorische Einflüsse des weiblichen Genitale zurückzuführen sein. Vermutlich spielt auch die Schilddrüse eine Rolle, da bei Myom sehr häufig Schilddrüsenhyperplasie besteht. Amerikanische Autoren haben auf das häufige Zusammentreffen von Adenomen der Thyreoida mit Hypertension hingewiesen. (M. m. W. Nr. 1, 1923.)

Fluor — Milchsäurespülung.

Die von Loeser angegebene Bazillosan-Therapie („Ars Medici“ 1921, S. 407) hat Prof. Schweitzer (Universitäts-Frauenklinik, Leipzig) nicht befriedigt. Zum Teil kommen die konservierten Milchsäurebazillen gar nicht zur Entwicklung, aber, wo dies auch der Fall ist, sind sie bald eliminiert, wie Verfasser feststellen konnte. Als beste Fluortherapie empfiehlt sich noch immer die (von Zweifel angegebene) Milchsäurespülung: täglich 1 l ½%ige Gärungsmilchsäurelösung. Durch sie werden die eingewanderten pathologischen Kokken abgetötet und der Boden für das Gedeihen des normalen Bacillus vaginae lacticus günstig vorbereitet, ja durch die leichte Säuerung mit Milchsäure wird der Bacillus lacticus geradezu „angelockt“, denn er läßt sich nach Milchsäurespülungen bald in der Vagina nachweisen, auch wenn er vorher dort gar nicht zu finden war. Dem entsprechen praktisch gute Erfolge der Milchsäuretherapie bei Fluor. Insbesondere sei auch nochmals auf die gute prophylaktische Wirkung der Milchsäurespülungen vor der Geburt hingewiesen: Von 745 Schwangeren mit pathologischem Sekret (mit und ohne Gonokokken, Lues usw.), die nicht mit Milchsäure gespült wurden, fieberten 15%; von 1991 Schwangeren mit pathologischem Sekret (mit und ohne Gonokokken, Lues usw.), die mindestens zehnmal vor der Geburt mit Milchsäure gespült worden waren, fieberten 8%; von 3121 Schwangeren ohne pathologisches Sekret, die natürlich nicht gespült wurden, fieberten 9%. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 50, 1922.)

Gynäkologische Blutungen — Milzbestrahlung.

Stephan hat im Jahre 1920 mitgeteilt („Ars Medici“ 1920, S. 393 und 536), daß Milz-Röntgenbestrahlung verschiedene Blutungen stillen kann. Dozent Nürnberger berichtet über Versuche an der Univ.-Frauen-Klinik in Hamburg, welche gute Erfolge der Milzbestrahlung bei schweren gynäkologischen Blutungen brachten. Versager sind ziemlich selten. Oft stellt sich Regelmäßigkeit der früher ganz unregelmäßigen Menses ein. In einzelnen Fällen war allerdings mehr oder weniger lang dauernde Amenorrhoe die Folge der Bestrahlung. Es ist ein großer Fortschritt, daß man zur Beherrschung schwerer Blutungen mit der Milzbestrahlung auskommt und nicht zur Ovarialbestrahlung greifen muß, welche ja doch zu einer irreparablen Schädigung des Follikelbestandes führt.

Technik: In Seitenlage der Patientin wurde die Milz durch ein Feld von 6×8 Größe mit dem Symmetrieapparat und Coolidgeröhre bestrahlt, Spannung 190 KiloVolt, Filter 0.5 Zink und 3 Aluminium, Abstand 23 cm. Es wurde zunächst ¼ HED verabfolgt, was in den meisten Fällen genügte, um die Blutung zum Stillstand zu bringen; bei Erfolglosigkeit dieser ersten Bestrahlung Wiederholung nach einigen Tagen mit ⅔ HED. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 1, 1923.)

Ovarialhypofunktion — Röntgen.

Mit dieser schon erwähnten Methode („Ars Medici“ 1922, S. 543) behandelte Prof. H. Thaler (Wien) 55 Fälle von vollkommener Amenorrhoe (36mal Erfolg), 32 Fälle von allzu häufiger und allzu starker Menstruation, welche Erscheinung ja ebenfalls auf Ovarienhypofunktion zurückzuführen

ist (11mal Erfolg) und 18 Fälle von Oligomenorrhoe oder Menstruation in zu großen Intervallen (11mal Erfolg).

Es handelt sich natürlich um Schwachbestrahlungen mit Röntgenstrahlen, deren Wirkung bisher als Reizwirkung auf das Organ betrachtet wurde. Verfasser weist darauf hin, daß das nur eine Theorie ist. Vielleicht gibt es keine Röntgen-Reizwirkung, sondern die Röntgenstrahlen zerstören irgend eine Hemmungsursache des Ovars oder wirken günstig auf dessen kleinzystische Degeneration. Ein ähnlicher Irrtum wurde schon einmal richtig gestellt: die Blutungen, die man manchmal nach Myom-Röntgenbestrahlung auftreten sieht, wurden als Reizwirkung aufgefaßt und stellten sich als Folge der Zerstörung eines Corpus luteum heraus. — Die Technik des Verfassers ist folgende: sechs bis zehn Holzknecht-Einheiten (je nach Dicke der Bauchdecken usw.) mit Apex-Apparat und Wattsiederöhre bei 23 cm Fokus-Hautabstand und Filterung mit 3 mm Aluminium und Rehhaut gegen ein großes, zwischen Nabel und Symphyse liegendes, seitwärts bis zu den Spinae reichendes Feld. Erste Wiederholung eventuell nach acht Tagen, spätere Wiederholungen frühestens nach je vier Wochen. Doch wiederhole man möglichst die Behandlung nicht und sei mit den Dosen überhaupt sehr vorsichtig, da auch so kleine Dosen bei manchen Frauen das Gegenteil des gewünschten Effektes, nämlich Röntgenkastration, hervorrufen können.

In den geheilten Fällen wurden häufig auch andere Folgen der Ovarialhypofunktion, wie Dysmenorrhoe und Adipositas, sehr günstig beeinflußt. Alle Fälle, die schon über 35 Jahre alt waren oder bei denen die Amenorrhoe schon länger als zweieinhalb Jahre gedauert hatte, gehörten zu den Mißerfolgen; in solchen Fällen ist also diese Art der Therapie anscheinend aussichtslos. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 51, 1922.)

Die Sero- und Chemotherapie der puerperalen Wundinfektion

beurteilt Prof. E. Bumm (Univ.-Frauenklinik, Berlin) wie folgt: Auch mit den neuesten Methoden (Rivanol, Dakin usw.) ist es unmöglich, durch lokale Antisepsis die Keime in der Wunde unschädlich zu machen, das heißt also die Wundinfektion an der Eintrittspforte zu kupieren. Im Gegenteil wirken häufig Spülungen oder gar Kürettement des septisch infizierten Uterus unmittelbar verschlimmernd, indem der Einbruch der Keime ins Blut besonders an der Plazentarstelle gefördert und der schützende Granulationswall durchbrochen wird. Aus infizierten Partikelchen der Uterusschleimhaut sind stets noch Keime zu züchten, auch wenn sie 20 Minuten lang in irgend welche, beim Menschen anwendbare Desinfizientien gelegt wurden.

Hingegen ist bei frühzeitiger Anwendung von Immunsera und Blutantiseptika ein Erfolg möglich, wie eine lehrreiche Tabelle über 900 Fälle von Wundfieber im Wochenbett aus der Bummschen Klinik zeigt. Zunächst war in 76% das Fieber nur durch Lochialsekretstauung im Uterus bedingt, nach deren Beseitigung das Fieber in wenigen Tagen ohne weitere Therapie abfiel. In 72 Fällen von nachgewiesener Streptokokkeninfektion gelang es 61mal (85%) durch folgende Therapie den Prozeß zu lokalisieren und damit zu heilen: Es wurden sogleich 50 cm³ Antistreptokokkenserum (Höchst oder Behring) intraglutäal injiziert, nach Bedarf in den nächsten Tagen mehrfach wiederholt. Machten Schüttelfröste den Einbruch der Keime ins Blut wahrscheinlich oder waren Streptokokken in der Blutkultur nachweisbar, so wurde gleichzeitig und ebenfalls wiederholt Me-

thylenblau muskulär, im letzten Jahre als noch wirksamer das Morgenrothsche Rivanol (50- bis 100 cm³ einer 1°/₀₀igen Lösung venös) gegeben. Außerdem heiße Einpackungen (kein Eisbeutel!), Heißluft (Glühlichtbäder), Alkohol, kräftige Sekalegaben; selbstverständlich Sorge für günstigen Sekretabfluß, Lösung aller Ligaturen. Von den restlichen elf derart behandelten Fällen kam es fünfmal zum Einbruch der Keime ins Blut (1 †), zweimal zu Thrombophlebitis mit Pyämie (1 †) und viermal zur septischen Lungenembolie (3 †); es starben also nur fünf von den rechtzeitig behandelten 72 Frauen (= 6.9%). Es gelang selbst noch Fälle mit reichlicher und tagelang anhaltender Streptokokkämie zu retten, die bisnun als durchaus verloren galten. Auffallend ist der häufige kritische Temperaturabfall nach der Injektion von Serum und Rivanol, gleichzeitig mit Abnahme der Keime im Blut und Verlust der Hämolyse. Haben sich freilich einmal metastatische Keimherde gebildet, so ist die interne Therapie nahezu aussichtslos und liegt die einzige geringe Möglichkeit einer Rettung nur noch in chirurgischen Eingriffen. (M. Kl. Nr. 1, 1923.)

Varikokelen bei der Frau.

Engelmann (Dortmund) hat in 20 Fällen ein- oder doppelseitige Varikokele der breiten Mutterbänder feststellen können, teils als einzigen Befund, teils neben Veränderungen am Uterus oder den Adnexen. Dieses Krankheitsbild wurde bisher fast nur in der ausländischen Fachliteratur berücksichtigt. Es wird über Leib- und Kreuzschmerzen geklagt, über Drängen nach unten, besonders beim Stehen und Gehen, beim Stuhlgang und bei sexueller Erregung. Häufig ist die Varikokele von Veränderungen des Ovariums, besonders kleinzystischer Degeneration, begleitet. Man versuche therapeutisch zunächst Maßnahmen, die einer venösen Kongestion im Becken entgegenwirken. Bei Versagen derselben und bei schweren Fällen Operation. Die Unterbindung der Varikokele gibt anscheinend keine zuverlässigen Resultate. Bei Einseitigkeit ist, besonders wenn das Ovarium miterkrankt ist, die Entfernung der ganzen Adnexe anzuraten. Bei der reinen unkomplizierten Varikokele genügt gelegentlich die Suspension und Ventrofixation des meist deszendierten und retroflektierten Uterus. Bei doppelseitiger Varikokele älterer Frauen Exstirpation der Adnexe mitsamt dem Fundus uteri. Dasselbe bei jüngeren Frauen, falls die Beschwerden sehr groß sind und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anders nicht erreicht werden kann; eventuell läßt man hier ein Ovarium zurück. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., Bd. 126, H. 1.)

Pädiatrie.

Die exsudative Diathese

ist nach Prof. K. Blühdorn (Göttingen) unter den Säuglingen und Kleinkindern außerordentlich verbreitet. Man unterscheidet einen mageren, schlecht gedeihenden und einen fetten Typus, letzteren besonders bei Brustkindern. Die konstitutionelle Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten führt zu folgenden Symptomen:

Haut: Mangelhafter Haarwuchs, Talgschuppen, hartnäckiges Kopfekzem (Crusta lactea), das auch das Gesicht entstellen kann („Vierziger" = 40 Wochen dauernd), Intertrigo, ebenso nässende Ekzeme an den Beugefalten, an der Innenfläche des Oberschenkels, hinter den Ohren, am Halse usw., regionäre Lymphdrüsenschwellungen, oft Ähnlichkeit mit

Lues; Strophulus (= Juckknötchen, zu Beginn im Mittelpunkt von urtikariellen Quaddeln, später infolge von Kratzeffekten Ähnlichkeit mit Skabies, Lieblingssitz zunächst in der Lendengegend).

Schleimhäute: Lingua geographica (Zunge eigentümlich weiß gefleckt; harmlos), Neigung zu fieberhafter Rhinitis und Tracheobronchitis, Pharyngitis, Otitis media. Ein wichtiges Krankheitsbild bei Säuglingen ist die Rhinitis posterior: trockener Stockschnupfen, gedunsenes Gesicht, Kopf nach hinten gebeugt (wie bei Meningitis), Nasenatmung infolge Verschwellung der Choanen verlegt; Diphtherie oder Lues dürfen nicht übersehen werden. Ebenso die asthmaähnliche Blähungsbronchitis der Säuglinge: plötzliche Erkrankung mit starker Atemnot, Zyanose und Blässe, Unruhe, Einziehungen des Brustkorbes, giemendes Exspirium (bei Diphtherie hingegen inspiratorischer Stridor), perkutorisch Lungenblähung, Lungengrenzen tiefstehend, Herzdämpfung überlagert. Bei diesen oft fieberhaften Infekten sind Durchfälle und Dyspepsie häufig. Hyperplasie der lymphoiden Organe (Tonsillen, Milz, Thymus usw.).

Therapie: Bei unsachgemäßer, besonders einseitiger Ernährung, allmählicher Übergang zu Kontrasternährung (Schleim-Mehlsuppen mit Zucker, Griesbrühen), Einschränkung von Milch, namentlich von Milchfett und von Kohlehydraten, ebenso von Eiern. Bei Durchfällen Eiweißzugaben (zwei- bis dreimal täglich einen Eßlöffel Plasmon oder Larosan oder Tricalcol in Tee oder Haferschleim aufgelöst). Bei guten Stühlen Ersatz einer Brustmahlzeit durch Buttermilch mit 5 bis 10% Zucker oder Griesbrühe.

Talgschuppen des Kopfes („Gneis") schwinden durch Bestreichen mit Vaseline oder feinem Öl, ebenso das trockene Wangenekzem. Gegen das krustöse Kopfekzem Rp: Liqu. alumin. acet. 10.0, Adip. lanae, Vaselin. ana 100.0, M. f. unguent. Bei Gesichtsekzem Umschläge mit essigsaurer Tonerde, milde Salben, täglich einmal durch vier bis fünf Tage Inhalation von fünf bis zehn Tropfen Amylnitrit (Wattebausch in 2 cm Distanz, 15 bis 20 Sekunden), wobei das Kind erröten und dann erblassen muß; nach Besserung 1 bis 2% Pellidolsalbe. Auch künstliche Höhensonne, eventuell Röntgen.

Gegen Intertrigo und nässende Ekzeme fetthaltiger Kinderpuder, bei großer Ausdehnung Betupfen mit 2% Lapis, hierauf Einpudern mit einer Noviform-, Xeroform- oder Dermatol-Talkmischung (1:10). Bei sehr starkem Entzündungsreiz, sowie nach Trockenwerden des Ekzems indifferente Salbe. Bäder mit Zusatz (pro Säuglingsbad) von zwei bis drei Hände voll Bolus alba oder 20 g Acid. tannic. oder Weizenkleie (vier bis fünf Hände voll in einem Beutel eine halbe Stunde gekocht und dann in die Wanne gehängt) sind gestattet, jedoch nicht bei sehr ausgebreiteten nässenden Ekzemen. Bei infizierten Ausschlägen ist Zusatz von einigen Kristallen Kaliumpermanganat bis zur hellroten Färbung des Badewassers zweckmäßig (Holzbadewanne).

Gegen Strophulus Schwefelbäder in Holzwanne mit Zusatz von ein bis zwei Eßlöffel Essig (250 g Kalium sulfuratum für acht bis zehn Bäder oder ein bis zwei Eßlöffel Sol. Vlemingkx pro Bad) oder Schwefelteersalbe (Rp: Ol. Cadin., Kal. sulfurat. ana 2.0, Lapid. pumic 5.0, Vaselin ad 50.0), bei älteren Kindern auch Wilkinsonsalbe. Bei stark zerkratzten, infizierten Formen Kaliumpermanganatbäder und essigsaure Tonerdesalbe. Gegen den Juckreiz frischer, noch nicht ausgebreiteter Fälle Rp: Menthol 0.5, Zinc. oxyd. 5.0, Vaselin ad 30.0. Die Kinder müssen am Kratzen verhindert werden (Fixieren der gestreckten Ellenbogen durch Pappe-

manschetten u. dgl.); Milieuwechsel; als Schlafmittel für die Nacht Bromural, Urethan u. a.

Gegen trockene Ekzeme Rp: Liqu. carbon. deterg. 5.0, Glycerin 5.0, Vaselin ad 100.0. S. Dünn aufstreichen; Arsenkuren.

Bei Schnupfen Einträufeln von ein bis zwei Tropfen Suprarenin (1‰) mit Aqu. borata ana. Bei spastischer Bronchitis Urethan 1.0 bis 1.5 g für Säuglinge, 2.0 bis 2.5 g für ältere Kinder, eventuell wiederholt); vier bis zehn Tropfen Atropin 0.01:10.0 (bei trockenem Munde, Rötung des Gesichtes u. dgl. aussetzen!), eventuell Suprarenin subkutan (0.25 bis 1.0). Entfernung der Tonsillen oder Rachenmandel (Adenoide) nur dann, wenn sie tatsächlich Beschwerden machen, bzw. die Atmung behindern. Zur Abhärtung gegen die rezidivierenden Katarrhe vorsichtige Luft- und Sonnenbäder, Abreibungen mit Franzbranntwein u. dgl. (M. Kl. Nr. 45/46. 1922.)

Sammelreferat aus der Kinderheilkunde.

Von Prof. Rietschel (Würzburg).

Plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter können durch akute Nebenniereninsuffizienz bedingt sein. Zwei gesunde Kinder erkranken plötzlich mit Erbrechen. Bewußtlosigkeit, Dyspnoe, Krämpfen und gehen in kurzer Zeit aus voller Gesundheit zugrunde. Die Obduktion ergibt hämorrhagischen Infarkt, bzw. Verkalkung in den Nebennieren. (Victor, Ztschr. f. Kinderhk., 30, S. 44.)

Bei Säuglingsatrophie und bei Erythrodermie hatte Barabas (ibid., 31, S. 51) gute Erfolge mit Blutinjektionen. Es wurden sechs- bis achtmal je 8 bis 10 cm³ aus der Armvene der Mutter entnommenes Blut dem Kinde glutäal injiziert.

Geburtstraumen des Gehirns sind nach Schwartz (ibid. 31, S. 51) häufiger als man denkt die Ursache späterer Hirnleiden, insbesondere von Demenz, des Littleschen Symptomenkomplexes, vielleicht auch mancher Fälle von echter Epilepsie.

Akute Ernährungsstörungen bei Brustkindern (Durchfälle, Erbrechen) sind, wie neuerdings Lederer (ibid. 31, S. 141) betont, durch quantitative Veränderungen der Muttermilch (oft erhebliche Reduktion des Zucker- und Fettgehaltes) bei unter- und fehlernährten Müttern bedingt. Wenn man geringe Breimengen aus Milch, Weizengries und Zucker zufüttert, werden die Stühle sofort besser.

Frühgeborene und lebensschwache Säuglinge, die zu Grunde gehen, erliegen meist einer asthenischen Pneumonie, die nach Nobel und Dabowsky (ibid. 31, S. 188) gewöhnlich atypisch unter folgenden Symptomen verläuft: Zyanose, Dyspnoe, grauer Verfärbung der Haut, galligem oder blutigem Erbrechen, meningealen Symptomen. Fieber kann fehlen. Besonders gefährdet sind Kinder in großen Krankensälen (Infektionsgefahr). Daher Isolierung.

Hitzeschädigungen der Säuglinge verlaufen unter meist ulzerierendem Dick- und Dünndarmkatarrh häufig letal. Hitzegefährdete Kinder sind unter das Ernährungsminimum (Pirquet) zu setzen. Konzentrierte Nahrungsgemische sind absolut kontraindiziert. (Nobel, ibid. 33, S. 96.)

Nach Nobel und Steinbach (ibid. 31, S. 98) sind fast alle Pleuritiden der Kinder als tuberkulös anzusehen. Von 78 Fällen der Klinik Pirquet in Wien starben 13; zirka 40% heilen völlig aus.

Die Hartnäckigkeit der Oxyuriasis erklärt O. Heubner (Jahrb. f. Kinderhk., 98, S. 1) damit, daß wahrscheinlich die Entwick-

lung der jungen Oxyuren nicht nur durch Selbstinfektion mit Oxyureneiern per os erfolgt, sondern auch autochthon im Darme, und zwar in Zyklen von sechs- bis siebenwöchiger Dauer, deren Wiederholung durch das Auftreten einer Generation verursacht wird. Die Kuren müssen daher alle sechs bis sieben Wochen wiederholt werden, um die neue Generation womöglich noch vor ihrer völligen Entwicklung zu vernichten. Von Heilung kann erst dann gesprochen werden, wenn zwei Monate lang weder Würmer noch deren Eier nachgewiesen werden können.

Die Frühsymptome der Barlowschen Krankheit: Appetitmangel, Stillstand im Gewicht- und Längenwachstum, rezidivierende Infekte, Fieber, minimale Hautblutungen (Petechien); eventuell auch blutiger Harn und blutiger Schnupfen kommen schon in den ersten Lebensmonaten vor, während der eigentliche Barlow erst im dritten bis vierten Monat auftritt. Meist verläuft der Säuglingskorbut abortiv unter obigen Zeichen. Antiskorbutische Zulagen (Tomate, Zitrone) sind schon vom vierten Lebensmonate an indiziert, zumal in der Großstadt, wo obige Fälle auch bei gemischter Kost häufig sind (Vitaminarmut der Milch infolge Vorbehandlung, zu geringe Gemüsezufuhr infolge einsetzenden Appetitmangels). (Nassau und Singer, Jahrb. f. Kinderhk., 98, S. 44.)

Bei metapneumonischen Empyemen im Kindesalter bewährten sich an der Breslauer Kinderklinik nach Gralka (Monatsschr. f. Kinderhk., 23, S. 280) Spülungen mit Optochin. Es wird zunächst mittels 10- bis 20-cm³-Rekordspritze möglichst viel Eiter abgelassen und hierauf die Pleurahöhle mit einer 0.5%igen Optochinlösung gespült, bis die Spülflüssigkeit klar abfließt. Schließlich werden von einer 5%igen Optochinlösung 0.5 cm³ pro Kilogramm Körpergewicht im Pleuraraum belassen (bei einem 6 kg schweren Kind also 3 cm³), höchstens jedoch 10 cm³. Wesentlich abgekürzter Krankheitsverlauf.

Pemphigus neonatorum läßt sich nach Gralka (ibid. 24, S. 413) durch Quarzbestrahlungen auffallend günstig beeinflussen.

Schlafmittel für Säuglinge prüften Eckstein und Rominger (Arch. f. Kinderhk., 70, S. 1 und 102). Chloralhydrat (0.5 bis 1.0 in schleimiger Lösung rektal) wirkt schnell und zuverlässig, ist aber nicht ungefährlich, da Atmungskollaps auftreten kann. Urethan (1.0 bis 3.0 rektal) ist auch in großen Dosen unzuverlässig, aber frei von atemstörender Wirkung. Hingegen ist das Urethanderivat Hedonal (0.5 bis 1.0 rektal) zuverlässig und sogar spezifisch atemerregend ohne störende Nebenerscheinungen. Luminalnatrium (0.05 bis 0.15 per os oder subkutan) ist nicht so zuverlässig; bei Krämpfen kann es günstig wirken. Um Kumulation zu vermeiden, muß das Luminal nach je drei Tagen einen Tag lang ausgesetzt werden. (M. Kl. Nr. 1, 1923.)

Über Kindermigräne.

Von Prof. H. Curschmann (Rostock).

Migräne ist im Kindesalter nicht selten, wird aber häufig verkannt, da meist abdominale Symptome überwiegen. (Bauchschmerzen, Magenbeschwerden, Nabelkoliken, scheinbare Appendizitis usw.). Die typische Hemikranie mit Nausea und Erbrechen kann fehlen und erst in späteren Jahren auftreten. Charakteristisch sind die Heredität, das streng periodische Auftreten der Anfälle mit sofortigem Wohlbefinden nach denselben, die häufige Koinzidenz mit spasmophilen Symptomen (Fazialisphänomen, Asthmaanfälle, Heuschnupfen) und exsudativer Diathese (Eosinophilie, Ekzeme). Manchmal gehen die Anfälle mit nervösem Fieber einher, was leicht zu Fehldiagnosen (Appendizitis) führen kann. Häufig sind mit

den Bauchschmerzen paroxysmale Blutdrucksteigerungen verbunden (Hypersekretion von Adrenalin infolge von Splanchnikusreizung?) Andere vasomotorische, bzw. anaphylaktogene Syndrome sind periodische Herzanfälle vom Charakter der Angina pectoris nervosa, periodische Anfälle von umschriebenem Ödem, von bullöser Dermatitis, Anfälle von spasmophiler Epilepsie, vestibuläre Reizsymptome usw.

Das wichtigste, oft geradezu spezifisch wirkende Heilmittel bei Kindermigräne ist das Kalzium, das längere Zeit hindurch gegeben werden muß; außerdem kommen in Betracht Phosphor-Lebertran, Arsen und Chinin (als Vestibularsedativ!). (M. m. W. Nr. 51, 1922.)

Über die Ätiologie der Rhachitis

stellte Chick mit mehreren Mitarbeitern an dem reichen Material der Wiener Kinderkliniken und der amerikanischen Hilfsaktion in Wien großzügige Untersuchungen an. Die Diät wurde streng schematisiert und die Entstehung und Heilung der Rhachitis röntgenologisch genau verfolgt. Dabei zeigte sich, daß die Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten am meisten zu R. disponiert sind, meist im Winter und Frühjahr erkranken, während der Sommer die Heilung bringt. Selbst Brustkinder oder mit frischer Stallmilch genährte Kinder erkrankten im Winter und Frühling bei ungenügender Besonnung. Dagegen blieb die Gruppe der Kinder, welche regelmäßig Lebertran erhielt, von der Krankheit frei. Im Sommer entwickelt sich bei genügender Besonnung weder mit noch ohne Lebertran R. Prompte Heilung erfolgt durch Lebertran oder durch Besonnung oder durch Quarzlampenbestrahlung. Es scheint also die These zu Recht zu bestehen, daß die R. weniger eine „Avitaminose“ als eine reine „Domestikationserkrankung“ darstellt und eine Folge des Sonnenmangels sei; ein Einfluß von „frischer Luft“ oder Körperbewegung ohne Besonnung konnte nicht festgestellt werden. Am interessantesten ist wohl, daß die Einwirkung des Lebertrans der der Besonnung gleichwertig ist. Daher erkranken zwar vorwiegend Kinder in großen Städten und im sonnenarmen Norden, während gerade in den nördlichsten sonnenärmsten Gegenden (Hebriden, Grönland) die Krankheit selten ist, weil dort reichlich Fischtran genossen wird. Vielleicht wird das im Lebertran enthaltene, rhachitisverhütende A-Vitamin durch eine besondere Photosynthese unter dem Einfluß der Sonnenstrahlen im tierischen Organismus erzeugt. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 34, H. 1/4, 1922.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Dem hartnäckigen „Bläschenekzem“ der Hände und Füße

liegt häufig, wie A. Alexander (Hautklinik Prof. Bruhns, Charlottenburg) neuerdings (s. Sabouraud und andere) hinweist, meist eine Trichophytie zu Grunde. Als Erreger wurde von Marie Kauffmann-Wolff ein ganz bestimmter Pilz nachgewiesen, der dem Trichophyton equinum nahesteht. Letztere unterscheidet eine vesikulöse (zerstreut oder gruppiert auftretende Bläschen und Blasen) und eine squamöse Form, die das Bild einer abschuppenden Dyshidrosis darbietet oder durch große runde, eventuell serpiginös fortschreitende schuppende Herde charakterisiert ist, welche eine deutliche Differenz zwischen Zentrum und Peripherie erkennen lassen. Neben dem typischen Bilde der Trichophytie

kann also die Dermatose durchaus als einfache Dyshidrosis imponieren, um dann häufig verkannt zu werden, während die richtige Therapie (verdünnte Jodtinktur, Schwefelsalben) rasch zur Heilung führt. Alexander berichtet über 13 Fälle, bei denen er durchwegs mikroskopisch im üblichen mit Kalilauge angefertigten Schuppenpräparat verzweigte Myzelsporen und Pilzfäden nachweisen konnte. Die Dermatose bevorzugt Handteller und Fußsohlen (Übertragung durch Kratzen). Jeder isolierte umschriebene ekzematöse Herd auf Fußsohle oder auch Fußrücken oder an der Hohlhand und den Interdigitalfalten ist jedenfalls sehr suspekt auf Trichophytie. Der Pilzbefund bringt die sichere Entscheidung. Manchmal auch sitzt der Prozeß zwischen den Zehen und verursacht daselbst intensives zeitweise auftretendes Jucken. (M. Kl. Nr. 49, 1922.)

Die Liquorbefunde in den verschiedenen Stadien der Lues

hat Leyberg (Militärhospital Lodz) an 375 Kranken geprüft. Diese Arbeit ist sehr verdienstlich, da in der Literatur über dieses Thema noch immer ganz verschiedene Angaben vorkommen. So wird z. B. die Frage, wie oft der Liquor bei Frühsyphilis pathologische Werte zeigt, beantwortet von Dreyfuß mit 78%, von Ravaut mit 60 bis 70%, von Hauptmann mit 30% und von Röst mit 8%.

Verfasser prüfte die bekannten vier Reaktionen des Liquors: Wassermann, Nonne-Apelt, Pandy und Pleozytose. Er teilt sein Material in vier Stadien und kommt zu folgenden Ergebnissen:

I. Im vorexanthematischen Stadium der Lues war der Liquor etwa in 8% der Fälle verändert, und zwar bestand in diesen Fällen meist nur Pleozytose. Die WaR war hier immer negativ.

II. Stadium des ersten Exanthems (zwischen der achten Woche und dem Ende des vierten Monats post infectionem): Liquor verändert in 33% der Fälle. Meist besteht nur Pleozytose, in 14% der Fälle auch positiver Wassermann und in nur 12% der Fälle positive Globulin-Reaktion. Der pathologische Liquor ist häufiger bei papulösen als bei makulösen Exanthemen.

III. Stadium der Lokalrezidive. Es wurden 208 Fälle (vier Monate bis zum Ende des zweiten Jahres post infectionem) untersucht, die meist ungenügend oder gar nicht vorbehandelt worden waren. Dieses Stadium ist das günstigste zur Feststellung, ob die Infektion auf das Zentralnervensystem übergegriffen hat. Man braucht daher frühestens im zweiten Jahre nach der Infektion den Liquor zum ersten Male zu untersuchen, und zwar mache man die Lumbalpunktion während einer begonnenen oder frühesten acht Wochen nach einer beendeten Kur. Unter den Fällen des Verfassers fanden sich in diesem Stadium: positive WaR in 30% der Fälle, positive Globulin-Reaktion in 26% (bei klinischen Erscheinungen vonseiten des Nervensystems war die Globulin-Reaktion immer positiv), Pleozytose in 27%. Also in etwa einem Drittel aller Fälle waren sämtliche Reaktionen positiv, und das sehr häufig bei negativem Blut-Wassermann. Eben darum ist dieses Stadium das maßgebende für die erste Liquor-Untersuchung. Sie deckt die Fälle auf, die wegen der Gefahr späterer Nervenerkrankungen intensiv spezifisch weiter behandelt werden müssen. — Verfasser fand in diesem Stadium den pathologischen Liquor gleich häufig in Fällen mit wie ohne luetische Hauterscheinungen; dagegen wiesen Fälle mit spezifischer Alopezie und Leukoderma einen besonders hohen Prozensatz (66 und 52%) von krankhaft verändertem Liquor auf.

IV. Stadium der Frühlatenz und der tertiären Effloreszenzen (drei bis sechs Jahre post infectionem): Wassermann positiv in

25%, Pleozytose in 11%, positive Globulin-Reaktion in 8% der Fälle. Jede einzelne der pathologischen Reaktionen ist in diesem Stadium (und natürlich noch mehr in den späteren!) als ein warnendes Zeichen drohender oder bestehender Erkrankung des Zentralnervensystems anzusehen, besonders in den Fällen mit negativem Blut-Wassermann. — Verfasser kann die Beobachtung früherer Forscher bestätigen, daß bei schwerem Luesverlauf (starke Hauterscheinungen, Gummen) krankhafte Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit seltener zu sein scheinen. (Derm. Wsch. Nr. 3 und 4, 1923.)

Zur Behandlung von Tbc. und Lupus der Nase

hält Prof. G. Spiess folgende Methode für die beste: Man beginnt mit Krysolgan venös, wöchentlich einmal 0.1 durch fünf Wochen (0.1 jedoch nur bei fehlendem Lungenprozeß!), wobei man meist deutliche Herdreaktionen bemerkt, denen sich Heilungsprozesse anschließen, insbesondere wenn gleichzeitig allgemeine Sonnen- oder Quarzlichtbäder genau dosiert zu kräftiger Hautpigmentation führen. Sobald die Herdreaktionen auf Krysolgan allein nicht mehr deutlich zu erkennen sind, provoziert man dieselben durch Alttuberkulininjektionen (Beginn mit 0.1 mg, ansteigend bis 0.5 bis 5.0 bis 10.0 mg; Fehlen eines aktiven Lungenprozesses Voraussetzung!), bis während der Fieberreaktionen die Lupusknötchen intensiv durchblutet erscheinen. Auf der Höhe der Herdreaktion neuerlich 0.1 Krysolgan venös, das nun leichter in die durchbluteten Knötchen eindringen kann. Die sich nun anschließenden Heilungsvorgänge sind oft ganz erstaunlich. Vor vier Wochen darf die kombinierte Gold-Tuberkulinkur nicht wiederholt werden.

Bei Schleimhauttbc. der Nase ist außerdem oft noch Röntgentiefentherapie erforderlich. Meist Heilung in zwei bis drei Sitzungen, jedoch ist es zweckmäßig, zur Verhütung von Rezidiven die Goldtherapie noch mindestens ein Jahr lang in immer längeren Intervallen von zwei, drei, vier und mehr Wochen fortzusetzen. (M. m. W. Nr. 51, 1922.)

Stomatitis mercurialis als Berufskrankheit

kommt bei der Zubereitung von Kaninchenfellen zur Hutfabrikation vor, bei der Quecksilber in Verbindung mit Salpetersäure verwendet wird. Müller (Lauterbach) beobachtete in einer solchen Fabrik Erkrankungen an Stomatitis bei 25% der Angestellten. (Klin. Wschr. Nr. 3, 1923.)

Augenheilkunde.

Glaukom — Behandlung.

Von Prof. W. Uhthoff (Breslau).

Für die Praxis teilt man die Glaukomformen am besten ein in 1. Das Glaucoma inflammatorium acutum, den akuten mit Sehstörung und Schmerzen verbundenen Anfall (etwa 23% der Fälle); 2. Glaucoma inflammatorium chronicum mit sich wiederholenden Attacken (60% der Fälle); 3. Glaucoma fere simplex mit nur andeutungsweise auftretenden Anfällen, gekennzeichnet durch zeitweiliges Regenbogen- und Nebelsehen mit geringer Drucksteigerung, während in der anfallfreien Zeit alle entzündlichen Erscheinungen fehlen und fast keine Drucksteigerung besteht (10.5% der Fälle); 4. Glaucoma simplex mit geringer Drucksteigerung

und langsam fortschreitendem Verfall des Sehens ohne attackenweise auftretende Steigerung der Sehstörungen. — Alle vier Formen führen ohne Behandlung unweigerlich zur Erblindung. Die konservative Behandlung besteht in der Einträufelung von Miotika, und zwar von Eserin ½- bis 1%ig, Pilokarpin 2%ig oder des sehr energisch wirkenden Physostols 1%ig. Eine Dauerheilung durch diese Miotika erfolgt jedoch nur in 1- bis 2% der Fälle, also eigentlich sehr selten — Von einer Allgemeinbehandlung der Glaukomkranken (Diät, Regelung des Stuhlganges, Ableitungen, Herabsetzung des Blutdruckes, Blutentziehungen, Organpräparate) darf man nicht viel erwarten; das G. ist im wesentlichen doch ein lokales Augenleiden und kann nur durch Behandlung des Auges selbst beeinflußt werden.

Beim akut entzündlichen Glaukom ist die von Graefe eingeführte Iridektomie unbedingt die Operation der Wahl; sie hat in 96% der Fälle guten Erfolg. Die Operation wird mit der Lanze, nach manchen Autoren besser mit dem schmalen Messer ausgeführt. Worauf die günstige Wirkung der Iridektomie beruht, ist noch nicht ganz geklärt; es handelt sich höchstwahrscheinlich um die zirkumskripte Freimachung des vorderen Kammerwinkels, durch die bessere Abflußverhältnisse geschaffen werden. Ein Fisteln und ständiges Abfließen von Kammerwasser kommt bei der Iridektomie gewiß vor, aber meist ist dies nicht der Fall und das G. wird doch günstig beeinflußt. Alle übrigen für das akute G. ersonnenen Operationen (Trepanation, Zyklodialyse, Skleroiridektomie, Sklerotomie usw.) haben vor der Iridektomie keine wesentlichen Vorzüge und sind komplizierter als diese. Für die Praxis empfiehlt sich höchstens die Sklerotomie als zweite Operation, wenn die Iridektomie versagt hat.

Das chronisch-entzündliche Glaukom ist die häufigste Form. Auch hier hat die Iridektomie in etwa 80% der Fälle guten Erfolg. Doch sind bei dieser Form die Rezidive schon häufiger, und dann empfiehlt sich als zweite Operation eines der anderen Verfahren, wie Sklerotomie, Trepanation oder Zyklodialyse; gelegentlich ist auch die Hinzufügung einer zweiten Iridektomie notwendig. Zyklodialyse, Trepanation und Skleroiridektomie als erste Operation bei chronisch-entzündlichem G. haben ungefähr dieselben Resultate wie die Iridektomie sind aber — wie erwähnt — komplizierter. Die Sclerotomia anterior jedoch als erste Operation versagt häufig; als zweiter Eingriff aber, wenn einer der anderen versagt hatte, hat sich die Sclerotomia anterior gut bewährt. — Die alleinige Behandlung mit den Miotika hat zwar in einzelnen Fällen von chronisch entzündlichem G. Dauerresultate (bis zu zwölf Jahren), doch soll man die Operation nicht zu lange hinausschieben, denn jede Attacke verschlechtert die Sehkraft und wirkt schon durch die Unruhe und Erregung erhöhend auf den Druck. — Tritt der glaukomatöse Anfall nur einseitig auf, so ist bei ganz gesundem zweitem Auge zu keiner prophylaktischen Operation zu raten; weist das zweite Auge jedoch Attacken — wenn auch nur ganz leichte — auf, so empfiehlt sich, es gleich mit zu operieren, was für den Kranken Zeitersparnis und Beseitigung der ständigen Angst vor Anfällen bedeutet.

Auch beim Glaucoma fere simplex ist die Iridektomie die beste Operation und führt in 79% der Fälle zu guten Erfolgen. Trepanation und Zyklodialyse leisten ungefähr dasselbe, die Sclerotomia anterior weniger. Bei dieser Erkrankungsform mit nur rudimentären Anfällen sind Arzt und Patient leicht geneigt, die konservative Behandlung mit den Miotika vorzuziehen. Doch ist vor zu langer Ausdehnung dieses Verfahrens zu warnen, wenn die Sehstörung trotzdem Fortschritte macht.

Die Chancen für den operativen Eingriff werden dadurch allmählich verschlechtert. — Sehr beachtenswert sind die neueren Mitteilungen von Axenfeld über das Vorkommen von schleichendem G. bei hochgradiger Myopie. Der ophthalmoskopische Befund der Exkavation ist in solchen Fällen wegen der Ausbuchtung im Bereich des Staphyloma posticum nicht deutlich und kann leicht übersehen werden . Eine Gesichtsfelduntersuchung ist notwendig, klärt den Sachverhalt und führt zur richtigen antiglaukomatösen Behandlung.

Das Glaucoma simplex kommt verhältnismäßig seltener zur Beobachtung des Arztes. Die Behandlung mit den Miotika kann bei dieser Form fortgesetzt werden, solange die Sehkraft damit stationär zu halten ist. Das gelingt oft jahrelang, aber doch selten auf die Dauer. Die gute Wirkung der Iridektomie ist hier nicht so sicher wie beim akut-entzündlichen Glaukom, sie tritt nur in etwa 75% der Fälle ein. Nächst dieser Operation haben die Trepanation und die Zyklodialyse hier noch die besten Erfolge. Es ist am besten, den Kranken über die Aussichten der Operation und das perzentuelle Verhältnis der Erfolge aufzuklären und ihm dann selbst die Wahl zwischen konservativer Behandlung und Operation zu überlassen. Die meisten Patienten wählen dann doch die Operation. Bei Mißerfolg der Iridektomie hat sich auch hier die Hinzufügung der Sclerotomia anterior bewährt.

Beim G. des jugendlichen Alters (Hydrophthalmus congenitus) reicht die Behandlung mit den Miotika nicht aus, die Prognose ist ohne Operation ungünstig. Die bei dieser Form anfangs geübte Sclerotomia anterior hat sich nicht bewährt, besser ist auch hier eine vorsichtige Iridektomie mit in die Hornhaut verlegtem Einstich und nur als eventuelle Nachoperation die Sklerotomie. Ist der Prozeß noch nicht zu weit vorgeschritten, so ist in 50% der Fälle Erfolg zu erwarten.

Dem Glaucoma haemorrhagicum liegt meist eine Thrombose der Vena centralis retinae (Retinitis apoplectica) zu Grunde. Die Resultate sowohl der Operation als der Behandlung mit Miotika sind schlecht, nur etwa in 3% der Fälle ist ein Dauererfolg zu erzielen. Ist ein Auge an Glaucoma haemorrhagicum völlig erblindet und verursacht dem Kranken viel Beschwerden, so ist es am besten gleich zu enukleieren. (D. m. W. Nr. 1, 1923.)

Bei Bindehautgonorrhoe der Neugeborenen

hatten nach Erben (Prag) Milchinjektionen keinen Vorteil vor der gewöhnlichen lokalen Behandlung. Nur bei Hornhautkomplikationen scheint ein günstiger Einfluß der Milchinjektionen zu bestehen. (Klin. Monatsbl. f. Augenh., Bd. 69, X., 1922.)

Stomato-, Rhino- und Otologie.

Leukotropin bei Ohrenkrankheiten.

Mendel hat vor kurzem („Ars Medici" 1922, S. 391) die intravenöse Injektion von Phenylchinolinkarbonsäure („Leukotropin" der Kaiser Friedrich-Apotheke in Berlin) zur Hemmung von Entzündungen und zur Schmerzstillung empfohlen. Lieschke hat dieses Mittel an der Berliner Ohrenklinik nachgeprüft. Bei akuten Mittelohrentzündungen war die Wirkung in 50% der Fälle eine günstige; zum Teil schon zur Parazentese reife Fälle gingen ohne Eingriff zurück. In der anderen Hälfte der

Fälle aber konnte die Entzündung nicht kupiert werden; es kam zur Parazentese und der weiteren üblichen Behandlung. — Dagegen war die schmerzstillende Wirkung eine auffallende und einwandfreie. Schon wenige Minuten nach der Injektion (Erwachsene bekamen 10 cm³ venös, Kinder über fünf Jahren 5 bis 10 cm³; die Einspritzungen wurden in Abständen von ein bis zwei Tagen wiederholt) verschwanden die furchtbaren Schmerzen prompter als nach Morphium und kehrten erst nach 8 bis 36 Stunden wieder, ja oft zeigte sich sogar eine gewisse Euphorie und Frische nach der Einspritzung. Natürlich ist eine Gewöhnung wie bei Morphium nicht zu befürchten. Das Mittel ist jedenfalls bei anderen akuten schmerzhaften Entzündungen nachzuprüfen. (D. m. W. Nr. 1, 1923.)

Zur Schleimhautanästhesie der oberen Luftwege

verordnet Hirsch:

Rp:		
	Cocain. mur. (25%)	1.0 bis 3.0
	Suprarenin. mur. (1‰)	2.5 bis 5.0
	Sol. Kal. sulfur. (2%)	5.0
	Sol. acid. carbol. (½%) ad	25.0.

Diese Kombination von Kokain, Suprarenin und Kal. sulfur. beruht auf der von Kochmann und Zorn tierexperimentell festgestellten Tatsache, daß die analgesierende Wirkung von Kokain (Novokain) durch Zusatz von Kal. sulfur. nahezu zehnfach erhöht wird. Es wird also dadurch am teuren Kokain gespart und die Gefahr einer Kokainvergiftung nahezu ausgeschaltet. Auch bei Eingriffen am Ohr (Polypenentfernung) hat sich die Lösung gut bewährt. (Monatsschr. f. Ohrenhk., Jhrg. 54, S. 1014. Ref. und empfohlen von Prof. Kuttner, Jahresk. f. ärztl. Fortb., XI, 1922.)

Über Vakzinetherapie in der Ohrenheilkunde.

Von Dozent R. Leidler und Prof. E. Stransky (Wien).

In 15 Fällen von nicht eitrigen Erkrankungen des Akustikus und Innenohres, die mehr oder weniger deutlich die Zeichen des Menièreschen Symptomenkomplexes aufwiesen, wurde die Beeinflussung der organischen Nervenaffektion durch die Proteinkörpertherapie versucht. Verwendet wurde ambulatorisch das Vakzineurin (Doellken) intramuskulär, von der schwächsten zur stärksten Konzentration langsam ansteigend; in zwei Fällen an der Klinik anschließend polyvalente Typhusvakzine venös, mit kleinen Dosen (fünf Millionen) beginnend. Fast alle Fälle litten an Schwindel, Schwerhörigkeit und Ohrensausen und waren vorher mit den üblichen Methoden (Katheter, Galvanisation, Chinin usw.) erfolglos behandelt worden. Sämtliche Fälle mit Ausnahme eines einzigen (einseitige Taubheit nach Sepsis) zeigten in kurzer Zeit eine so weitgehende Besserung, wie sie bisher im allgemeinen noch mit keiner Methode erzielt wurde. Es wurde daher die Fortsetzung dieser Therapie auf breitester Basis beschlossen, nach deren Abschluß über die Ergebnisse noch ausführlich berichtet werden soll. (W. kl. W. Nr. 2, 1923.)

Radiologie.

Zur Röntgentiefentherapie mit großen Strahlenmengen.

In einem grundlegenden Vortrag in der Gesellschaft der Ärzte in Wien hat Prof. Holzknecht den Stab gebrochen über die Massiv-

bestrahungen nach Wintz, Warnekros und andere, die schon vielfach zu schwersten Schädigungen (Röntgentod!) geführt haben, ohne auch nur im geringsten dem Problem der Radikaltherapie des Karzinoms näher gekommen zu sein. Mit ihren Großfelder-, Intensiv-, Fern- und Dauerbestrahlungen, sagt G. Schwarz, hat die Technik die Medizin fast erschlagen! Was soll man z. B. dazu sagen, wenn ein bekannter Autor von zehn Leukämikern berichtet, auf die eine einzeitige Höchstdosis losgelassen wird, so daß drei von ihnen in vier Tagen an schwerster Intoxikation, Lähmungen usw. zu Grunde gehen! Völlig kritiklos ist die Annahme einer Karzinomdosis. Während ein oberflächliches Epitheliom der Gesichtshaut fast in 100% durch Röntgen geheilt wird, wächst ein ebenso oberflächliches Epitheliom der Lippe unaufhaltsam weiter, auch wenn es so stark bestrahlt wird, daß die gesunde Umgebung nekrotisiert. Die Röntgenempfindlichkeit der Karzinome ist völlig verschieden. Am empfindlichsten ist der Gebärmutterkrebs. Auch die Annahme, daß kleinere Röntgendosen die Tumoren zum Wachstum reizen („Reizdosis") ist völlig unbewiesen. Holzknecht hat Karzinome schon auf zirka 30% und Sarkome auf 2 bis 5% der von Seitz und Wintz angegebenen Dosen primär verschwinden sehen. Keinesfalls sollen Maximaldosen, die nur bei malignen Neoplasmen in Betracht kommen, in einer Sitzung verabfolgt werden, sondern nur in Teilsitzungen (lokale Kumulation der Röntgenwirkung), damit der Organismus in den Pausen Zeit zur Erholung gewinnt (Schwarz). Wenn auch die Röntgentherapie, abgesehen vom Gebärmutterkrebs, auch nur wenige Radikalerfolge bei Ca aufzuweisen hat, so ist sie doch namentlich in inoperablen Fällen in milderen Dosen unter Vermeiden von Schädigungen ein mächtiges Heilmittel. Nicht nur primäre Tumoren, auch Metastasen bilden sich oft in wunderbarer Weise zurück. Zum Beispiel ein Fall von Finsterer: Große Mesenterialmetastasen mit Aszites, Rückbildung nach schwacher Bestrahlung. Heftige Wurzelschmerzen bei Wirbelmetastasen schwanden oft in wenigen Tagen, während selbst Morphium machtlos blieb. Oft erzielt man viele arbeitsfähige und lebensfreudige Jahre. Ebenso wird kein Internist eine Leukämie unbestrahlt lassen, obwohl noch kein Fall geheilt wurde, weil ein an Heilung grenzender Zustand oft und oft hergestellt werden kann.

Prof. L. Adler legt bei der Behandlung des Gebärmutterkrebses großen Wert auf das Radium. Durch intermittierende Behandlung mit mittelstarken Dosen, auch diese häufig nicht in einer Sitzung, sondern serienweise verabfolgt, mit mehrwöchentlichen Pausen zwischen zwei Serien wurden 25% Dauererfolge in inoperablen Fällen erzielt. Überraschenderweise wurden diese Resultate bei Kombination mit Röntgen nicht einmal erreicht, wahrscheinlich weil zu große Röntgendosen angewendet wurden, die das Blut, den lymphatischen Apparat, die großen Bauchdrüsen und lokal das Bindegewebe mit seinen Abwehrprodukten gegen die Krebszellen (Teilhaber) schädigten. Nach Opitz haben alle dauernd geheilten Karzinomfälle Krönigs nie die volle Dosis erhalten, während alle mit voller Dosis bestrahlten Fälle rezidivierten.

Bei der prophylaktischen Nachbestrahlung des Mammakarzinoms hat Anschütz die besten Erfolge mit den so verpönten „verzettelten" Dosen erzielt. (Offiz. Prot. in W. kl. W. Nr. 45/46, 1922.)

Aus der Praxis.

Behandlung der Polyarthritis mit Argochrom.

Von Dr. J. **Dobrodolac**, Sarajevo.

Argochrom, ein Methylenblausilberpräparat, wirkt vorzüglich bei rheumatischer Polyarthritis. Seit zwei Jahren behandle ich alle schwereren Fälle von Polyarthritis mit Argochrom, die leichteren mit Salizylpräparaten; bei den mit Argochrom Behandelten fällt die Temperatur schon nach ein bis zwei intravenösen Injektionen, die Schmerzen lassen nach, nach drei bis fünf Injektionen schwinden gewöhnlich auch die Gelenkschwellungen. Besonders interessant war ein Fall chronischer, oft rezidivierender Polyarthritis; alle angewendeten Mittel brachten bloß eine Besserung, erst nach der Behandlung mit Argochrom (vier Injektionen) ist die Krankheit geschwunden und bisher (18 Monate) nicht rezidiviert. Auch die im Verlaufe der Krankheit sich zeigenden Geräusche der Herzklappen werden durch Argochrom günstig beeinflußt. Pro dosi wurde regelmäßig 0.2 Argochrom angewendet. Gebrauchsfertige Lösungen in Ampullen zu 10 und 20 cm^3 werden von der Firma Merck geliefert; da die Injektionen leicht auszuführen sind, irgendwelche Nebenerscheinungen sich nie gezeigt haben, ist diese Behandlungsart für die allgemeine Praxis bestens zu empfehlen.

Ueber Quarzlichttherapie beim Erysipelas.

Von Dr. Ake **Melin**, Lidingö bei Stockholm.

Seit dem Jahre 1917 habe ich, hauptsächlich am Krankenhause Sabbatsberg zu Stockholm, eine erfolgreiche Methode gegen Erysipel verwandt, die ich hier kurz erwähne.

Von der Beobachtung ausgehend, daß die durch Quarzlichtbestrahlung herbeigeführte Hautrötung und -schwellung dem Erysipel in hohem Maße ähnelt, und da diese Erscheinung beim Erysipel ja als ein Abwehrprozeß des Körpers, um die Haut als Nährboden der Bakterien ungeeignet zu machen, anzusehen ist, habe ich rings um das erysipelatöse Hautgebiet wie ein „Gegenfeuer“, eine gerötete und ödematöse, 3 cm breite Zone in gesunder Haut durch Quarzbelichtung angelegt. Da dieses Licht ohne Tiefenwirkung ist, habe ich von einer Bestrahlung des Erysipels, als nutzlos, ganz abgesehen, und durch Auflegen von schwarzem Papier, Watte u. dgl. die Strahlen verhindert, irgendwo anders eine Hautveränderung zu erzeugen; besondere Vorsicht für die Augen ist selbstverständlich. Die Behandlung muß kräftig sein; mit einer guten Lampe genügt eine Bestrahlungsdauer von fünf Minuten, Abstand 20 cm, um einen genügend ödematösen Damm herbeizuführen. Da viel daran liegt, daß die Strahlen immer senkrecht zur Oberfläche wirken, um genau dosierbar zu sein, muß man bei größeren Bezirken die Behandlung in Teile zerlegen. Das beste Resultat wird erzielt, wenn man mit nur *einer* Behandlung auskommt, die so kräftig sei, daß man sich an der Grenze der Blasenbildung bewegt. Die vorgeschrittenen Fälle mit drohender Meningitis oder allgemeiner Sepsis ausgenommen, habe ich gute Resultate erreicht. Die zurückbleibende Pigmentierung hat niemals über ein Jahr gewährt, wodurch diese Methode ja derjenigen die durch ätzende und somit entstellende Mittel eine Begrenzung herbeiführen, überlegen ist. — Zwecks Kontrolle habe ich bei einem gutbegrenzten, frischen Wangenerysipel die obenerwähnte Behand-

lung nur an drei Seiten vollzogen: nach 24 Stunden konnte man sehen, wie die hellrote, ödematöse Quarzlichtzone, von dem dunkelroten Erysipel leicht zu trennen, weitere Fortschritte des Erysipels verhindert hatte; aber an der nichtbelichteten Seite war indes das Erysipel einen tüchtigen Schritt weiter gegangen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

58. In „Ars Medici" und anderen med. Zeitschriften erschienen günstige Mitteilungen über die Behandlung von Tabes und Paralyse mit Phlogetan. Sind mit diesem Mittel auch bei multipler Sklerose Erfolge erzielt worden? In meinem Falle handelt es sich um eine 35jährige Patientin, die vor zwei Monaten eine Malariakur durchgemacht hat. Die Sklerose ist stationär, aber es bestehen bedeutende Gehstörungen.

Dr. M. G. in D.

59. Justizbeamter, 30 Jahre alt, leidet seit zwei Jahren an beständiger spastischer Obstipation, belegter Zunge, konstanten lästigen Geschmackssensationen (pelzigem Gefühl am Zungengrunde) sowie von Zeit zu Zeit Übelkeit und Druckgefühl in der Magengegend. Magensaftbefund, Blut, Harn und Temperatur normal. Wassermann negativ. Fäzes schleimhaltig. Im Röntgenbild Kolospasmus und Enteroptosis. Bauchreflexe aufgehoben, keine Vagussymptome, auch sonst am Nervensystem kein abnormer Befund. Das Leiden begann plötzlich ohne äußere Ursache, besteht ununterbrochen und macht den Kranken arbeitsunfähig. Bisher wurden Narkotika (Papaverin-Atropin), Tonika (Phosphor, Arsen) und Laxantia ohne jeden Erfolg versucht. Ebenso verschiedene diätetische und hydriatische Maßnahmen. Magen- und Darmspülungen zeigten nicht einmal vorübergehenden Erfolg. Dr. S. in K.

60. Nach welcher Zeit kann man unbeschadet für sein eigenes Kind mit den Eltern eines nach Masern genesenen, nicht gebadeten Kindes und mit diesem Kinde selbst in Berührung kommen, obwohl weder die Wohnung noch die Kleider des kranken Kindes desinfiziert wurden?

Dr. N. K. in W.

61. 69 Jahre alter Mann, immer gesund, leidet seit längerer Zeit an Stauungskatarrh beider unterer Lungenlappen, besonders rechts. Seit drei Monaten starke Verschlimmerung. Vor drei Wochen Bronchopneumonie mit Fieber bis 38.5; Abklingen nach zehn Tagen. Jetzt wieder alter Zustand, nur stärkere Schwäche. Arteriosklerosis. Behandlung mit Kardiaka, Inhalationen (Oleum Pini pumilion., Oleum Terebinthin., Sole usw.), Bewegung im Freien, feuchte Wickel. Alles ohne Erfolg. Was wäre noch zu versuchen? Luftveränderung? Wohin?

Dr. A. B. in S.

62. Verbrecher bedienen sich (nach der Tagespresse) zur sofortigen Narkose angeblich des Azetylentetrachlorids. Ist das richtig? Ist dieses Präparat für ärztliche Zwecke brauchbar? Dr. T. K. in R.

63. Eine Griechin leidet seit Jahren an Morbus Raynaud der Fingerspitzen. Dazu trat in der letzten Zeit ein Basedowscher Symptomenkomplex (Struma, Exophthalmus, Tachykardie, Palpitationen). Besteht zwischen diesen beiden Leiden ein Kausalnexus? Prognose? Therapie? Dr. K. M. in K.

64. Wo könnte ein 10jähriger Knabe, äußerst hartnäckiger Stotterer, zwecks Heilung oder Besserung seines Leidens untergebracht werden? Dr. E. D. in W.

65. 18jähriger Bureaubeamter, seit Jahren in Behandlung wegen eines Magenleidens, das sich hauptsächlich durch üblen Geruch aus dem Munde kundgibt. Kalte Speisen, besonders Flüssigkeiten bewirken lautes Kollern im Magen und Darm; geringes Aufstoßen, keine eigentlichen Schmerzen, Stuhl dauernd angehalten. Freie Salzsäure 16, Gesamtazidität 14, Milchsäure negativ, Stuhlprobe negativ. Röntgen ergibt starke Peristaltik, Duodenalfleck sichtbar, nach zwei Stunden kirschgroßer Rest, vier Stunden später leer. Heutiger Untersuchungsbefund: Handbreit unter dem Processes xiphoideus leichte Resistenz, beim Palpieren keine Schmerzhaftigkeit, Zunge frei. — Versucht wurden Hydrogen. peroxydat., Physostigmin, Salzsäurepepsin, Karlsbader Salz bei strenger Diät. Kein Erfolg. Patient wird wegen seines üblen Mundgeruches mehr und mehr deprimiert. Dr. S. in L.

66. Man erlebt es neuerdings häufig, daß Fieberthermometer, nachdem sie lange funktioniert haben, sich plötzlich nicht wieder herunterschlagen lassen und auch nach Erwärmung nur bis zum früheren Stand wieder zurück zu bringen sind. Gibt es ein Mittel dagegen? Magnet? Ich hatte damit keinen Erfolg. Dr. R. in B.

67. Hat die Forschung der letzten Zeit neue Wege auf dem Gebiete der Therapie der Leukämie aufgedeckt? Dr. A. L. in H.

68. Welche abdominelle Operation läßt sich als die günstigste bewerten für eine folgende Gravidität bei Retroflexio uteri? Dr. A. L. in H.

69. Welches größere Werk über innere Medizin ist als Nachschlagebuch für den praktischen Arzt zu empfehlen? Dr. A. B. in J.

70. Kurzes Buch über physikalische Therapie mit Berücksichtigung der Verhältnisse an der Adria? Dr. A. B. in J.

71. Kurzes und gutes Lehrbuch der Gynäkologie für den Praktiker? Dr. A. B. in J.

72. Bei gelungener Mandibularanästhesie ist es mir zuweilen passiert, daß ich Blut aspiriert habe, also mich mit der Nadel in einer Vene befand. Besteht in solchen Fällen eine Gefahr (etwa für das Auge durch Diffusion) beim Verbrauch von höchstens 2 cm^3 Novokain-Adrenalin? Dr. A. B. in J.

73. Wie sind die Erfolge der Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren? Kann Dauerheilung bei Ca linguae, oesophagi, ventriculi usw. erhofft werden? Welche Fälle sind der Behandlung mit Radium, welche dem Röntgenologen zuzuführen? Dr. G. A. in M.

74. Behandle einen Patienten mit Nephritis post scarlatinam. Der Eiweißgehalt ist langsam von ½ bis 5‰ gestiegen. Der Eiweißniederschlag bei der Esbach-Probe setzt sich aber nicht zu Boden, sondern steigt in die Höhe, wie es mir noch nie bei dieser Probe vorge-

kommen ist. — Außerdem hat der Kranke eine Idiosynkrasie gegen Milch und Milchspeisen. Wie könnte man ihn ernähren? Dr. L. C. in G.

75. Kann man bei Larynxtuberkulose die Anästhesie des Nervus laryngeus superior mittels Alkoholinjektionen ohne Bedenken ausführen? Wird dadurch die Gefahr einer Aspirations-Pneumonie nicht allzusehr nahe gerückt? Dr. F. C. in L.

76. Mein jetzt 24jähriger Sohn erkrankte im neunten Lebensjahre an Meningitis epidemica. Erst am fünften Tage erhielt er Meningoserum, heilte dann rasch, ist aber gänzlich taub geblieben. Ich benützte ohne Erfolg die Hörübungen nach Prof. Urbantschitsch in Wien und mit „La syrène à voyelle" in Paris bei Prof. Marage. Gibt es eine neue Behandlungsmethode oder wenigstens einen guten permanenten Hörapparat? Dr. M. in T.

77. Hartnäckiges Sodbrennen seit längerer Zeit ohne Schmerzen. Alkalien, Atropin, Belladonna ohne Erfolg. Welche Behandlung wäre zu versuchen. Haben Magenspülungen mit ½% Resorzin Aussicht auf Erfolg? Dr. D. S. in P.

78. 72jährige Patientin leidet seit Jahren an ständigem Aufstoßen und Speichelfluß. Welche Behandlung wäre anzuwenden? Dr. D. S. in P.

79. Da viele Kranke einen Widerwillen gegen Medikamente haben oder per os dieselben nicht vertragen, frage ich, ob per rectum (am bequemsten ist für den Kranken die Form des Suppositoriums, da er es ohne fremde Hilfe einführen kann) folgende Medikamente zugeführt werden können, in welcher Dosis, mit oder ohne Zugabe von Opium? 1. Diuretin, 2. Digitalispräparate, 3. Jodkali und Jodnatrium, 4. Urotropin, 5. Veronal und Adalin, 6. Brompräparate, 7. Antineuralgika, wie Aspirin, Pyramidon, Natr. salic., Diplosal, Chinin. Dr. L. in G.

80. Gibt es ein Buch, das speziell die Behandlung der Panaritien schildert nebst Schnittführung bei den Inzisionen zwecks möglichster Schonung von Sehnen, Nerven, Blutgefäßen? Welches ist heute die beste Anästhesierungsmethode für den Landarzt bei diesen Inzisionen? Dr. S. in M.

81. Könnte man nicht bei Pneumonien und ähnlichen Erkrankungen Chinin statt in Form von Injektionen in Salbenform anwenden? Wie wäre es in diesem Falle zu dosieren? Dr. J. E. in A.

82. Wo finde ich Näheres über die anscheinend seltene Form der Impotenz mit Ejaculatio retenta bei guter Erektion? Dr. S. in T.

83. Welche praktische Bedeutung haben Untertemperaturen, wie sie nach Infektionskrankheiten oder selbständig auftreten? Dr. S. in T.

84. Gibt es ein zusammenfassendes Werk über den klinischen Verlauf, äußere und innere Behandlung inoperabler Geschwülste (Ätzpasten, Pepsin, Desodorantia usw.)? Dr. S. in T.

85. Ich leide seit langem an rezidivierender Analfissur. Unter entsprechender Behandlung (flüssiger Stuhl, Reinigung, Lapissalbe) heilt die Fissur in wenigen Tagen, beim ersten harten Stuhlgang aber reißt die Schleimhaut wieder ein. So geht das mit kurzen wochenlangen Pausen schon seit zehn Jahren. Was ist dagegen zu machen? Dr. K. S. in I.

86. Die Narkose ist für den alleinstehenden Praktiker bei manchen Eingriffen, wie Beckenausgangszange, Kurettement, Dammnaht, recht umständlich und bei offenem Licht außerdem gefährlich. Wäre es nicht möglich, die Narkose in solchen Fällen durch eine Modiskop-Injektion im Sinne

eines „Dämmerschlafes" zu ersetzen. Die Wehenschwäche wäre durch gleichzeitige Injektion von Chinin oder Pituitrin zu vermeiden.

Dr. J. R. in W.

87. Leide seit August 1922 an Gallenblasentumor, wahrscheinlich chronischem Hydrops. Der Tumor ist etwas druckempfindlich und leicht beweglich. Im August 1922 nur eine Attacke von gerade noch auszuhaltenden Beschwerden, vorher und nachher kein Gallensteinanfall. In der letzten Zeit vor diesem einzigen Anfall bestand viel Sodbrennen, Flatulenz, Obstipation, Gefühl von Völle und Aufgetriebensein. Auch jetzt außer leichtem Druckgefühl, Flatulenz und Verstopfung nur etwas Abmagerung. Appetit gut. Habe bisher Chologen, Felamin, Eunatrol, Degelol und Karlsbader genommen, ohne daß der Tumor verschwunden wäre. Was wäre zu machen? Atropinkur? Dr. L. in B.

88. Habe chronisch-hypertrophische Tonsillen. Offenbar im Zusammenhange damit bekomme ich meist zweimal im Jahre folgende Erscheinungen: Gefühl von Stichen in der Herzgegend, Schluckschmerzen, Reißen in verschiedenen Muskeln und ein Gefühl von „Vernichtung", besonders beim Einschlafen. Dabei verfallenes, um Jahre gealtertes Aussehen. Am vorderen Rande der linken zerklüfteten, dann geröteten und geschwollenen Mandeln bildet sich dabei ein 1 bis 2 mm breites und 1 cm langes oberflächliches Geschwürchen mit schmalem rotem Saum, welcher beim Bepinseln mit Jod empfindlich ist. Bisher habe ich die Mandeln bei dieser Affektion behandelt mit Jod, 8% Chlorzink und zuletzt 1% Pyoktanin. Das Ganze scheint mir eine allgemeine Infektion zu sein. Haben die Kollegen Ähnliches beobachtet? Muß ich mich zur Tonsillektomie entschließen? Welcher Spezialist in der Nähe von Cassel ist für Tonsillektomie zu empfehlen? Dr. L. in B.

89. Gutgehende ärztliche Praxis wird abzulösen gesucht. Bevorzugt Tirol, Salzburg, Oberösterreich. Haus und Einrichtung kann erworben werden. Zuschriften an die Expedition.

90. 19jährige Patientin leidet seit Auftreten der Menses (15. Jahr) an erysipelartiger Schwellung und Rötung des Gesichtes, die fast immer an den inneren Augenwinkeln beginnt. Drei bis sieben Tage Dauer, hohes Fieber. Genitale normal. Dr. F. in R.

91. Patientin leidet seit Eintritt des Klimakteriums an ganz abnorm starker Salivation und infolge des häufigen Speichelschluckens an Aerophagie und deren Folgezuständen. Was wäre zu tun?

Dr. R. P. in T.

92. Patient, 67 Jahre alt, Arteriosklerotiker und Neurastheniker, leidet an chronischer Obstipation. Es wurden die verschiedensten Abführmittel, Irrigationen und Vibrationsmassage mit fraglichem Erfolg angewendet. Wäre in diesem Falle Hormonal indiziert? Kann man Hormonal auch bei spastischen Magen-Darmzuständen geben, eventuell neben einer Atropinkur? Dr. R. P. in T.

93. Wie kann man das Erbrechen nach Morphininjektionen oder Pantoponinjektionen verhüten? Kann man Atropin zusetzen?

Dr. R. P. in T.

94. Wie verschreibt man Odol magistraliter? Dr. G. W. in K.

95. Was versteht man unter Sinuspleuritis? Wie diagnostiziert man sie? Dr. H. H. in M.

96. Worin besteht der Friedmannsche vasomotorische Symptomenkomplex? Dr. H. H. in M.

Antworten:

Ad 356. Pertussis. Das beste Mittel bei schwerem Keuchhusten sind subkutane Ätherinjektionen. Vor ein paar Jahren von einem französischen Kinderarzt (ich glaube Kinderklinik in Lyon) empfohlen, wird es in den romanischen Ländern schon vielfach angewendet. Dosierung 1 bis 1½ bis 2 cm³ täglich, bei Kapillarbronchitis oder allgemeinen Konvulsionen auch zweimal täglich, durch eine Woche. Der eingespritzte Äther wird durch die Lungen rasch ausgeschieden, die Wirkung ist jedoch nicht eine lokale, sondern eine auf das Krampfzentrum gerichtete, dessen Erregbarkeit in merkwürdiger Weise bald abgestumpft wird. Die Anfälle verlieren nach einigen Tagen ihren konvulsiven Charakter, und die Krankheit läuft unter dem Bilde eines gewöhnlichen Bronchialkatarrhs rasch ab. Der einzige Übelstand ist dabei, daß bei Kindern unter sechs Monaten an der Einspritzungsstelle zuweilen Hautnekrosen entstehen.

Dr. F. **Cleva,** Lussinpiccolo.

Ad 1. Hyperidrosis. Leider ist bei der Hyperidrosis angioneurotischen Ursprunges nicht viel zu machen. Wenn richtig dosierte Röntgenbestrahlung erfolglos war, dann kann man nur symptomatisch vorgehen. Am besten haben sich mir zwei- bis dreimal tägliche Einreibungen mit Vasenoloformstreupuder bewährt. Im Sommer womöglich Sonnenbäder an der See, im Sande.

Prof. Dr. M. **Oppenheim,** Wien.

Ad 4. Impotentia coeundi. Aus Ihrer Anfrage geht nicht hervor, wie der objektive Befund bei Ihrem Kranken ist. Da möchte ich Sie auf ein Symptomenbild aufmerksam machen, das Dr. M. Porosz in Budapest in seinem Buche „Sexuelle Wahrheiten" (bei W. Malenda, Leipzig, Johannisgasse 3) als Erster beschrieben hat, nämlich die Atonie der Prostata. Vielleicht finden Sie bei Ihrem Patienten bei analer Exploration die Prostata als „weichen, schlaffen Sack", dann wird es auch nicht schwer sein, das Vorhandensein einer Miktions- oder Defäkationsspermatorrhoe anzutreffen. Durch Faradisation der Prostata stellt Porosz den Tonus derselben wieder her, und, wie ich selbst an drei Fällen mich überzeugen konnte, schwinden die Symptome der sexuellen Neurasthenie, selbst Suizidgedanken, in kurzer Zeit.

Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach in Siebenbürgen.

Ad 4. Das Rezept in meiner Antwort „Ars Medici" Nr. 1, 1923, Seite 41, „ad 4" soll richtig lauten:

Rp: Zinci phosphorati 0.6
Extr. nuc. vomic. 2.0
Extr. et pulv. liquirit. quant. suff. ut fiant pilulae Nr. C.
Signa: Dreimal täglich eine Pille.

Dozent Dr. A. **Perutz,** Wien.

Ad 4. Der in „Ars Medici" Nr. 2 „ad 4" erwähnte Apparat (Derm. Wschr. Nr. 1) ist durch die Firma Leiter, Wien IX., Mariannengasse 11, zu beziehen.

Dr. L. **Pollmer,** Wien.

Ad 7. Intravenöse Traubenzuckerinfusionen werden außer gegen Kopfschmerzen nach Prof. Redlich auch bei Herzkranken nach Büdingen angewandt. Sehr gute Resultate bei Erschöpfungszuständen des Herzmuskels und bei Vitien (Glykogenverarmung). Neuerdings auch als Lösungsmittel für Salvarsan verwandt, soll der Traubenzucker die Wirkung des Salvarsans wesentlich steigern.

Dr. H. **Fecht,** Weizen in Baden.

Ad 10. Morphinismus, das ist Abusus von Morphium und seinen Derivaten (wie in dem vorliegenden Falle Eukodalismus) zu heilen, gibt es kein anderes Mittel als Abgabe des Kranken in eine geschlossene Heilanstalt bei strengster Überwachung. Es gelingt bei rigorosen Maßregeln (strengste Isolierung von der Außenwelt) doch, bei nicht zu langem Mißbrauch Süchtige zu befreien. Behandlungsdauer mindestens drei bis sechs Monate, eventuell ein Jahr, um sicher baldige Rückfälle zu verhindern. Ich verwandte im Sanatorium Tulln bei Wien als Abstinenzmittel Dionin 0.02 für je eine Injektion. Dionin scheint keine Gewöhnung zu veranlassen wie andere Ersatzmittel, z. B. Trivalin, Dial, Kodein, Kokain.

Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 10. Nach allgemeiner fachärztlicher Ansicht gehört der Morphinist in eine Anstalt; nur ausnahmsweise können leichte Fälle ambulant geheilt werden. Eine Berufstätigkeit während der Kur ist wohl ausgeschlossen, da diese Kranken nicht arbeitsfähig sind. Sie brauchen eben das Morphium als Stimulans nach der Erschlaffung, die ihrer Euphorie folgt. Wenn der Morphinist noch nicht allzusehr herunter ist, verspricht die plötzliche Entziehung sicher die besten Erfolge. Die schweren Abstinenzerscheinungen müssen eben ertragen werden; sie sind häufig sogar sehr heilsam, weil die Erinnerung daran manchen Rückfall verhüten kann. Treten bedenkliche Erscheinungen auf, so ist sofort wieder zu spritzen und die allmähliche Entziehung einzuleiten. Bei der plötzlichen Entziehung ist Bettruhe zu verordnen (etwa für eine Woche). Die qualvollen Unruhezustände können durch Veronal (0.5 bis 1.0) gemildert werden, doch höchstens in den ersten Wochen; dann gehe man zu Bromural u. dgl. über; auch länger dauernde warme Vollbäder (zweimal täglich), kalte Abreibungen usw. sind wohltuend. Symptomatisch gegen Herzzustände: Digitalis, Strophantus, Kampfer; Erbrechen: Eispillen; Abführen: Opium; Blasenbeschwerden: Tinctur. strychni usw.; gegen die Parästhesien, besonders der Beine: Fußbäder, Packungen, Massagen, Elektrizität, Aspirin, Atophan, Acitrin, Urol u. dgl. Zur Hebung der Körper- und Willenskraft sehr wichtig: Mastkur, strengste Vermeidung von Alkohol und Nikotin auf wenigstens ein halbes Jahr. Etwa nach acht Tagen Liegekur im Freien, kurze Spaziergänge. Bei Besserung und gesteigertem Lebensmut und Fortpflanzungstrieb verlangt nun der Patient nach Hause. Dem darf unter keinen Umständen nachgegeben werden; er muß wenigstens drei Monate bleiben, dann sich noch periodisch wieder für einige Tage der Kontrolle unterziehen. Wenn eineinhalb Jahre verflossen sind, kann er als geheilt gelten. Unheilbar Kranken (Karzinom) soll man natürlich das Morphium nicht zu entziehen versuchen. Chronisch Kranke (Tabes usw.) kann man durch zeitweilige Entziehungskuren und Verringerung der gebrauchten Dosen oft glücklich machen. Aber bei denen, die nach akuten Erkrankungen (Steinkoliken) oder aus Leichtsinn und Unverstand Morphinisten geworden sind, ist die Heilung gar nicht selten zu erzielen, und die Angabe der Lehrbücher, daß 97% von ihnen rückfällig werden, bedarf entschieden der Korrektur; ich kenne eine ganze Anzahl von sicher dauernd in Anstalten Geheilten. Die Ersatzmittel (Morphosan, Eumekon, Eukodal usw.) sind nicht als Heilmittel anzusehen. Anfangs ist der Erfolg zwar verblüffend, aber bald genügen die Mittel nicht mehr, der Kranke greift wieder zur Morphiumspritze und braucht nun meist beide Mittel. Am gefährlichsten ist die Kombination mit Kokain; sie richtet Körper und Geist schnell zugrunde. Also höchstens für den Anfang können diese Ersatzmittel in geringeren Mengen herangezogen werden.

Dr. G. **Steinmüller,** Leipzig.

Ad 15. Fazialislähmung. Hartnäckige periphere Fazialislähmung behandelte ich einige Male mit gutem Erfolge mit Vakzineurin (Sächsisches Serumwerk, Dresden). Intraglutäale Einspritzungen mit zweitägigen Pausen in drei Serien (Originalpackung). Nebenher verordnete ich von Zeit zu Zeit wieder Schwitz- und Abführkuren.

Dr. **Seige,** Bad Liebenstein.

Ad 16. Atherosklerose. Vorzügliche Resultate gibt das Heilnersche Gefäßpräparat „Telatuten" intravenös. Es enthält die wirksamen Schutzstoffe der Intima junger Tiere und stellt den normalen Gewebsschutz wieder her. Eine spätere Jodkur mit einem gut verträglichen Jodpräparat ist nicht zu verwerfen. Das Rauchen ist möglichst aufzugeben.

Dr. H. **Fecht,** Weizen.

Ad 22. Dupuytrensche Kontraktur. Versuch mit Fibrolysinkur.

Dr. H. **Fecht,** Weizen.

Ad 27. Impotenz. Das neue Präparat „Juvenin" soll in manchen Fällen von Nutzen sein. Dr. H. **Fecht,** Weizen.

Ad 31. Arteriosklerose und Jod. Jodbehandlung ist bei Arterienerkrankung angezeigt, wenn diese auf Syphilis beruht. Da nun eine Arterienerkrankung im Alter von 40 bis 55 Jahren in der Regel luetischen Ursprunges ist, hat sich die Meinung eingebürgert, Jod sei bei „Arteriosklerose" zweckmäßig. Bei der echten senilen Atherosklerose sind jedoch Jodpräparate nutzlos: sie können sogar schaden, indem sie eine hochgradige, nicht mehr gutzumachende Abmagerung und Tremor verursachen. Ebenso ist Jod bei der Atherosklerose der Diabetiker (die seltenen Fälle von syphilitischem Diabetes mellitus natürlich ausgenommen) und bei der familiären frühzeitigen Atherosklerose, ferner bei der Endarteriitis obliterans der extremen Zigarettenraucher wirkungslos. Bei der syphilitischen Arterienerkrankung ist Bad Hall von besonders günstiger Wirkung.

Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 31. Vergleiche diese Nummer, Seite 102. **Die Red.**

Ad 31. Am besten unterrichten Sie sich aus dem Werke Dr. Burwinkel, Bad Nauheim: „Die Krankheiten des Herzens und der Gefäße". Verlag Bergmann, Wiesbaden und München, 1920.

Dr. L. **Wolff,** Wiesbaden.

Ad 31. Viel wirksamer als Jodbehandlung bei Arteriosklerose ist das Gefäßpräparat Heilners „Telatuten" (Luitpold-Werk, München), venös. Es stellt den normalen Gewebsschutz wieder her.

Dr. H. **Fecht,** Weizen.

Ad 32. Extrasystole und Tachykardie. Bei einem Anfalle von Tachykardie mit Extrasystolen muß zunächst an eine organische Ursache gedacht und diese behandelt werden: Klappenfehler, syphilitische Aortitis mit Stenose der Koronarostien, Bronchial- oder Halsdrüsenerkrankung mit Beteiligung des Nervus vagus, Mediastinaltumor usw. Ist derartiges auszuschließen, so wird man in erster Reihe bei einem Anfalle den Vagusdruck versuchen. Nützt dies nichts, so kann Physostigminum sulfur. 0.001 mit einer größeren Digitalisdosis, eventuell mit Pilocarpin. hydrochlor 0.01 und 1 bis 2 cg Morphin im Anfalle gegeben werden. Häufig nützt Chinin in größerer Dosis (0.5 bis 1.0). Sehr oft bleibt aber alles wirkungslos, und es nützt nur eine allgemeine hydriatische, diätetische und psychische Behandlung von längerer Dauer. Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 32. Es handelt sich zunächst um das kausale Moment der Extrasystolie mit Tachykardie. a) Bei nervöser Basis Meiden von Alkohol,

Nikotin und Kaffee; Nitroglyzerin, Recorsan-Einreibungen, Brompräparate. Im Anfalle selbst Ruhe, Eisblase oder heiße Aufschläge, Einatmen von Amylnitrit, Morphiuminjektion. Neuerdings wird Perichol, ein Papaverin-Cadechol-Präparat, sehr gelobt. b) Bei Anämie Eisen-Arsen; im Anfalle wie oben. c) Bei Herzschwäche infolge von Vitium: Kampfer, Digitalis. d) Bei Atheromatose längere Jodkur, Telatutenkur (siehe oben „ad 31"). Im Anfall Morphium. — Bei anhaltender Tachykardie ist stets an Morbus Basedowi zu denken. Ist eine Aortitis luetica auszuschließen?

Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 34. **Urtikaria bei Abkühlung.** Gegen den jetzigen Zustand (Auftreten von Urtikaria nach Abkühlung der Hände) wäre ein Versuch mit Calcium lacticum zu machen. Im übrigen soll Patient verwarnt werden, kalt (oder im Flußwasser) zu baden, da auch an den Schleimhäuten unter Umständen bedrohliche urtikariaähnliche Schwellungen auftreten können.

Dozent Dr. B. **Lipschütz**, Wien.

Ad 34. Chlorkalziumkur, vor allem intravenöse Afenilinjektionen.

Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 35. **Insulin** ist ein von den amerikanischen Forschern Banting und Best angegebenes Hormon, das aus fötalem Rinderpankreas als alkoholischer Extrakt gewonnen und einer fraktionierten Präzipitation unterworfen wird. Die Herstellung erfolgt an der Universität Toronto, doch ist das Präparat im Handel noch nicht zu haben und wird nur an Kliniken abgegeben. Macleod (Toronto) berichtet im Brit. med. journ. vom 4. November 1922 über überraschende Erfolge in schweren Diabetesfällen; er hält das Insulin für das beste bisher existierende Medikament gegen Diabetes. Ein ähnlicher Bericht von Banting, Campbell und Fletscher (Toronto) meldet rasches Schwinden von Glykosurie und Ketonurie, Normalwerden des Blutzuckerspiegels und geradezu souveräne Erfolge beim Koma (Brit. med. journ., I., 1923). Das Präparat dürfte wohl bald auch an unseren Kliniken nachgeprüft werden. Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 36. **Verstopfen der Kanülen beim Aderlaß.** In ölbestrichenen Gefäßen gerinnt Blut langsamer. Versuchen Sie also die gut ausgetrocknete Kanüle mit Öl durchzuspritzen oder sie ganz in Öl zu tauchen.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 38. **Mit Esbach nicht nachweisbares Eiweiß.** Ich habe vor Jahren in der M. m. W. über diese Frage eine Abhandlung gelesen. Es war sicher vor dem Jahre 1915. Dr. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 38. Im allgemeinen sind die gebräuchlichen Eiweißreaktionen, wie Kochprobe, Sulfosalizylsäure, Hellersche Schichtprobe usw., unter gewissen Kautelen der Esbach-Probe überlegen. Immerhin dürfte nachstehende neue Reaktion mit dem Esbachschen Reagens noch wenig bekannt sein und darum auch noch zu wenig bewertet werden. Bei Nephritis in Fällen mit Albumingehalt unter 1‰ zeigt sich, daß bei der Esbach-Probe die Pikrinsäurefällung neben amorphen Massen einzelne Kristalle, und zwar gelbe Kristallrosetten, enthält. Diese neue Reaktion (veröffentlicht in Ztschr. f. klin. Med., Bd. 90, H. 5) ist eine wesentlich verschärfte und verfeinerte Eiweißreaktion. Der Begriff der „Restalbuminurie" und der „Spuren Albumen" nach Nephritis läßt sich scharf gegenüber dem physiologischen Verhalten abgrenzen. Der Ausfall und die quantitativen Verhältnisse der Reaktion haben eine prognostische Bedeutung. Infolge der Schärfe der Reaktion und ihrer prognostischen Bedeutung bietet sie die Möglichkeit, sowohl den Erfolg therapeutischer

Eingriffe wie den Nachteil unhygienischer und toxischer Schädigungen bei der rekonvaleszenten, der ausgeheilten wie der gesunden Niere zu erkennen. H. **Lipp**, Bakteriologe, Neubiberg bei München.

Ad 39. Bläuliches Gebäck. Die blaue Farbe des Mehles beim Kochen rührt entweder von Unkrautsamen her oder ist durch Zusatz von Alaun oder COS_4 bedingt, um ausgekeimtes Getreide backfähiger zu machen. Dieses Verfahren ist bei uns verboten. Nachweis gelingt im Filtrat.
W. **Gass**, Tierarzt, Maissau.

Ad 39. Es ist zu untersuchen, ob in dem Wasser nicht Spuren von Jod sind oder bei dem Müller Spuren von Jodsalzen in das Mehl kommen.
Dr. M. **Klar**, München.

Ad 43. Rezidivierende Angina. Aktivierung der Körperabwehrstoffe durch parenterale Milchinjektionen, Kaseosan usw. Gleichzeitig kleine Gaben von Natr. salicylic., Salzbäder und Pinselung mit Argent. colloidal. Wenn der Kräftezustand es irgendwie erlaubt, Tonsillektomie wegen Gefahr einer Sepsis, bzw. Endocarditis lenta. Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 44. Hyperidrosis auf nervöser Grundlage. Ist eine thyreotoxische Ätiologie sicher auszuschließen? Wenn nicht, Antithyreoidin, Rodagen, geringe Jodgaben in steigender Dosis nach Neisser („Ars Medici" 1922, S. 55. — Die Red.). Dr. H. **Fecht**, Weizen.

Ad 44. Das einfachste und sicherste Mittel gegen Hyperidrosis ist auf Grund eigener Erfahrung Einpudern mit Aluna usta.
H. **Lipp**, Bakteriologe, Neubiberg.

Ad 45. Ameisensäuretherapie. In der Broschüre von Dr. F. Sack: „Ameisensäuretherapie" (Verlag Otto Gmelin, München, 1923) finden Sie Ausführliches und Literaturzusammenstellung.
Dr. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 45. Die Ameisensäuretherapie ist am einfachsten und sichersten mit dem „Cison-Helm", einer genau dosierten und reizlosen Verbindung von Ameisen- und Kieselsäure durchzuführen. Die Erfolge sind namentlich bei chronischer einfacher Arthritis, chronischer Ischias und chronischen Muskelrheumatismen ausgezeichnet. Zu beziehen ist das Präparat in 5-Ampullen-Packungen durch die Pfaffsche Apotheke in Lübeck, Sandstraße 16.
Dr. H. **Mennenga**, Grevesmühlen.

Ad 45. Die parenterale Reizkörpertherapie, über die jetzt Bände geschrieben werden, ist meiner Meinung nach nicht auf R. Schmidt zurückzuführen, sondern (das möchte ich hiemit einmal der Vergessenheit entreißen) auf Eduard Krull in Güstrow. Dieser im Krieg leider verstorbene weltbekannte Arzt hat den Grund zur parenteralen Reizkörpertherapie gelegt, indem er seit 1891 bei chronischen Krankheiten subkutane Injektionen mit Ameisensäureverdünnungen machte. Leider hat er in seiner Broschüre „Ameisensäure und chronische Krankheiten" das Wesentliche seiner Methode verheimlicht, was seine Bedeutung zwar herabsetzt, aber nicht beseitigt. Er war ein medizinischer Eigenbrödler, der eben seine Methode hauptsächlich für sich ausnützen wollte. — Ich behandle seit zehn Jahren systematisch chronische Krankheiten, namentlich Tuberkulose, Gicht, Ischias, Rheumatismus und viele andere mit Ameisensäureinjektionen und habe in vielen Fällen glänzende Resultate erzielt.
Dr. O. **Tigges**, Berlin-Baumschulenweg.

Ad 50. Riechmittel gegen Schlafsucht. Das gesuchte Mittel ist wahrscheinlich das Bromäthyl, das von Neurasthenikern als Schlafmittel nicht selten verlangt wird. Einige Tropfen, auf ein Taschentuch geträufelt und

eingeatmet, genügen, um einen guten Schlaf herbeizuführen. Bei einiger Versicht sind üble Folgen ausgeschlossen. Dr. **Einer,** Siegen.

Ad 53. Mittel gegen Pollutionen. Von den zentral wirkenden Mitteln kommen die Narkotika in Betracht: Adalin (abends 0.5), Adamon (abends ein bis zwei Tabletten zu 0.5). Seit altersher sind folgende Pulver recht beliebt: Rp: Camphorae monobromat., Lupulini ana 0.2, Natr. bromat. 0.6. M. f. pulvis. Dentur tales doses Nr. X. Signa: abends ein Pulver. — Die Wirkung dieses Pulvers dürfte zum Teil zentralen, zum Teil sicherlich peripheren (Camphor. monobrom.) Ursprungs sein. Ähnlich wirken auch alle Opiate, vor allem die Pantopon-Suppositorien. Bei experimentellen Untersuchungen konnte ich mich überzeugen, daß Papaverin ein ausgezeichnetes peripheres Lähmungsmittel auch für die glattmuskeligen Organe (Vas deferens, Vesiculae seminales, Prostata) des männlichen Genitales ist. Nur muß die Dosierung eine entsprechende sein, größer als die im Elenchus der Pharmakopoe angegebene. Daher mit Ausrufungszeichen (!) verschreiben. R. Wasicky hat darauf (Pharmakol. Presse 1922) hingewiesen. Man verordne: Rp: Papaverini mur. 0.06 bis 0.08 (!), Butyr. Cacao qu. suff. ut fiat suppositor. Dentur tales doses Nr. X. Signa: Abends ein Zäpfchen. — Oder: Rp: Camphorae monobromat. 0.2, Papaverini mur. 0.06 (!), Natr. bromat. 0.5. M. f. pulvis. Dentur tales doses Nr. X. Signa: Abends ein Pulver. — Besser als das Alkaloid Papaverin wirkt das von Pal in die interne Medizin eingeführte synthetische Spasmolytikum Akineton (Roche), das ein phthalbenzylamidsaures Kalzium ist. Es ist vollkommen ungiftig und macht keine Nebenerscheinungen. Ich habe in letzter Zeit sehr gute Erfolge damit gehabt. Man verordnet: Akineton-Roche 0.5 in Tabletten und gibt ein bis zwei Tabletten abends gegen Pollutionen, sechs bis acht Tabletten täglich bei Urethritis totalis, um eventuelle Komplikationen zu verhüten. Dozent Dr. A. **Perutz,** Wien.

Ad 53. Die „Hova" (Hopfen-Valeriana)-Tabletten habe ich öfters bei sexueller Übererregbarkeit und Pollutionen mit gutem Erfolge ohne Nebenwirkungen verordnet. Das Präparat besteht nach Angabe der Fabrik (Zyma, A.-G.) aus Valerian-Dialysat-Golaz, welches im Hochvakuum in feste Form gebracht wird, kombiniert mit Lupulin. Die beiden Mittel unterstützen sich gegenseitig potenzierend und haben den Vorteil, auch längere Zeit ohne die Gefahr der Gewöhnung oder Schädigung gebraucht werden zu können. Dr. E. **Reich,** Budapest.

Ad 56. Der Baumscheidtismus stammt von einem Kurpfuscher namens Baumscheidt und hat, weil nicht immer ungefährlich und von Kurpfuschern kritiklos gegen alle möglichen Krankheiten angewandt, in die wissenschaftliche Therapie keinen Eingang gefunden, zumal man die dadurch erzielte starke Hyperämie, die bekanntlich nach Bier die Heilung bewirkt, auch ohne Hautschädigung haben kann. Dr. **Drechsler,** Solingen.

Ad 56. Das Verfahren stammt von dem Arzte Schrattenholz. Zugeschrieben wird es dem Laien Baumscheidt. Durch ein künstliches Exanthem, ähnlich wie beim Nesselschlagen, sollen Krankheiten innerer Organe auf die Haut abgeleitet werden. Das sogenannte „Mückenfett" Baumscheidts, das zur Einreibung der punktierten Stellen diente, war ein Geheimmittel; heute wird fast allgemein Oleum Crotonis gebraucht. Apparate und Öl kann man vom Baumscheidt-Institut in Endenich bei Bonn a. Rh. beziehen. Die Idee des Verfahrens beruht auf richtigen Beobachtungen, aber mit dem Verfahren selbst wird viel kurpfuscherischer Unfug getrieben. Dr. H. **Balzli,** Geislingen-Steige.

Ad 56. Es handelt sich um das „Heilverfahren" des Mechanikers Baumscheidt. Das Öl ist verdünntes Krotonöl. Die Wirkungsweise gibt der selige Pastor Kneipp in seinem Buch „Meine Wasserkur" unter der Überschrift „Ausscheidungsöl, im Volksmunde Malefizöl" mit den Worten an: „weil es die Rebellen im Körper und im Blute mit scharfer Spürnase wittert und sicher ans Tageslicht bringt". Hier in Leipzig gibt es sogar einen Verein für Baumscheidtismus. Wo anders vielleicht auch; dort könnten Interessenten das Verfahren studieren. Im allgemeinen wäre wohl zu sagen, daß es sich um ein „Heilverfahren" handelt, das man neidlos der Kurpfuscherei überlassen soll. Daß in dem „Sanatorium des Naturarztes" und auch in anderen Fällen man sich einige Tage nach dem Verfahren „frisch und wohl" fühlt, dürfte keine Verwunderung erregen, weil abgeheilte Eiterbläschen angenehmer sind als frische. Im übrigen hat bei Nervenkranken wohl jedes Heilverfahren ohne Ausnahme ab und zu Erfolg. das dürfte bekanntlich die Suggestionswirkung schaffen. Ich habe zweimal baumscheidtierte Kinder in desolatem Zustand mit Hirnreizung gesehen. Dr. v. **Schuler**, Leipzig-Liebertwolkwitz.

Ad 56. Der Kollege meint jedenfalls die sogenannte „Lebensweckerkur" der Naturheilärzte, früher auch Baumscheidtismus genannt nach einem Mechaniker Baumscheidt, der die Behandlungsart vor etwa 40 Jahren eingeführt hat. Durch einen Mückenstich soll B. von einem alten Handübel befreit worden sein. Das hat ihn dann zur Konstruierung des sogenannten Lebensweckers geführt. Derselbe besteht aus einer Zusammenstellung von etwa 30 feinen Nadeln, eingesetzt in einen Stempel, der sich in einer Führung befindet und durch eine Feder losgeschnellt werden kann. Eigentlich eine Modifikation des alten Schneppers. Mit diesem Instrumente werden nun an verschiedenen Stellen des Körpers schmerzlose Stiche in die Haut gesetzt. Darauf wird ein reizendes Öl (Oleum Baumscheidtii) in die verletzte Haut eingerieben. Die vor der Punktierung verwendete Flüssigkeit dürfte in dem angegebenen Falle ein Desinfektionsmittel gewesen sein. Das Öl soll als wirksamen Bestandteil Ameisensäure, vielleicht auch Krotonöl enthalten. Es entsteht eine lokale Entzündung, Rötung bis zur Pustelbildung, die in sechs bis acht Tagen wieder abheilt. Das Verfahren soll ein sehr wirksames Ableitungsmittel sein und wird besonders gegen Rheumatismus, Gicht, Ischias, Muskel- und Nervenschmerzen angewendet. Die Ähnlichkeit mit der Ponndorfschen Kutanimpfung fällt auf. Vergleiche übrigens Jetels Therapie der Ischias („Ars Medici" 1916, S. 410), bestehend in Entfernung der Oberhaut durch ein Blasenpflaster und dann Einreibung einer Krotonölsalbe. Ferner die sogenannte Bienenstichkur. Jedenfalls leistet die Punktierung der Haut mit oder ohne Anwendung eines Reizmittels (statt des Öles könnte man auch entsprechende Salben oder Tuberkulin nehmen) in chronischen Fällen, wo andere Mittel im Stiche lassen, zuweilen recht gute Dienste, so daß es nicht ganz richtig erscheint, das Verfahren vorweg ganz zu verdammen. Es wäre vielleicht Sache der Ärzte, das Verfahren kritisch zu prüfen und aseptisch auszubauen. Kritikloser Gebrauch kann großen Schaden stiften. Prof. Polland berichtet (Mitt. d. Vereins d. Ärzte Steiermarks) von einer Furunkulose, die sich an eine Baumscheidtierung angeschlossen hat; allerdings wurde das Heilverfahren bei schon bestehenden kleinen Furunkeln begonnen. Prof. Polland fällt ein vernichtendes Urteil über diese Heilmethode. — Bezugsquelle für den Apparat „Lebenswecker" und das „Lebensweckeröl": Baumscheidt & Co., Endenich bei Bonn a. Rh. und Jul. Anton, Leipzig, Schenkendorfstraße 17.

Dr. H. **Hammer**, Neuberg.

Ad 56. Das Verfahren des Mechanikers Baumscheidt war auch vor 40 Jahren keine Neuentdeckung, sondern stellt nur eine Modifikation der „Ableitungsverfahren" der alten Ärzte dar, die beobachtet hatten, daß Schmerzen bei chronischen Entzündungen zuweilen durch Hautreizung in der Gegend des erkrankten Organes gelindert werden. Wir müssen uns heute vorstellen, daß die erzeugte Hyperämie der ganzen Gegend schmerzlindernd wirkt oder auch umgekehrt die Blutüberfüllung der Haut eine Anämisierung des entzündeten kranken Organes und auf diesem Wege Schmerzlinderung hervorruft. So wirken auch das Senfpflaster und der unblutige Schröpfkopf. Solche stark reizenden, „derivierenden" oder ableitenden Kuren sind nur berechtigt bei chronischen schweren Erkrankungen mit unerträglichen, nicht anders zu lindernden Schmerzen. So wendet die Wiener Schule auch blasenziehende Pflaster mit nachfolgender Einreibung von Unguentum Mezerei an, z. B. bei chronischen Arthritiden, Rückenmarkstumoren mit unerträglichen Schmerzen u. dgl. Bei Grippepneumonie und bei Pleuritis-Schmerzen können wir energische Senfpflasteranwendung auf Grund eigener Erfahrung warm empfehlen. Ähnlich ist der oben erwähnte Behandlungsvorschlag Dr. Jetels bei wirklich schweren, veralteten Ischiasfällen nicht ganz zu verwerfen. Ähnlich hat auch in neuester Zeit Prof. Quincke (Frankfurt) bei Spondylitis oder bei unerträglichen Kopfschmerzen das Glüheisen der alten Ärzte wieder empfohlen. (M. m. W. Nr. 30, 1921. — „Ars Medici" 1921, S. 387). — Der wahllose Gebrauch eines so eingreifenden und infektionsgefährlichen Verfahrens, zumal gegen einfache Neurasthenie und in Laienhand, kann natürlich nicht scharf genug gerügt werden. **Die Red.**

Ad 57. Schwielen der Fußsohlen. Fußbad, Abtragen der Schwiele mit einem Messer, nachher Diachylonsalbe auf einem Lappen dick aufgestrichen auflegen, später Salizyl-Seifenpflaster. Behebung der Ursache, die wahrscheinlich im Schuh zu suchen ist, wie zu große Schuhe, zu hohe Stöckel, Falten der Brandsohle und ähnliches. Dr. E. **Eitner,** Wien.

Ad 58. Phlogetan. Nach meinen spärlichen Erfahrungen kann ich nicht über besondere Erfolge der Phlogetantherapie bei multipler Sklerose berichten. Auch aus der Literatur ist mir nichts Bemerkenswertes in dieser Hinsicht bekannt. Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Ad 59. Obstipation und Geschmackssensationen. Ich empfehle den Versuch mit folgendem Verfahren: 1. Die Kur wird mit einem Kussmaul-Fleinerschen Ölklysma begonnen. Die Ausführung desselben geschieht folgendermaßen: 400 g Olivenöl werden zuerst im Wasserbade etwas erwärmt, sodann in einen Irrigator gebracht, der ¾ m hoch gehoben wird. Die Irrigation wird bei Rückenlage des Kranken vorgenommen. Nach dem Einfließen des Öles hat der Patient zehn Minuten die linke, zehn Minuten die rechte Seitenlage und schließlich ebenso lange die Rückenlage einzuhalten. Wenn im Laufe von vier Stunden kein Stuhlgang erfolgt, so wird ein Wasserklysma verabreicht. Das angegebene Ölklysma wird nach einer Woche wiederholt, später in Zeiträumen von zwei bis drei Wochen wieder gegeben. — 2. Patient soll morgens nüchtern ein Glas heißes Wasser (ohne jeglichen Zusatz) trinken. — 3. Vor dem Frühstück soll Patient ein Kompott nehmen. — 4. Die Diät soll vorzugsweise aus Milch, Butter, leichten Mehlspeisen, Milchspeisen und Gemüsen (Spinat, Kochsalat. Karotten, Kartoffelbrei, grüne Fisolen) bestehen, doch ist auch Fleisch zu gestatten. — 5. Von dem hier angegebenen Pulver soll Patient dreimal

täglich, eine Stunde nach dem Essen, eine große Messerspitze in Oblate nehmen: Rp: Menthol 0.3, Natrii hydrocarbonici, Magnesiae, ustae, Pulv. rad. Rhei ana 10.0. Prof. Dr. A. **Pick**, Wien.

Ad 61. Stauungskatarrh der Lunge. Für den Patienten ist milde, trockene Luft angezeigt. Bei kaltem Wetter ist daher der Aufenthalt im Zimmer dem im Freien vorzuziehen. Es käme ein Aufenthalt in Ragusa, Korfu, Meran, Gardone in Betracht. Prof. Dr. O. **Porges**, Wien.

Ad 62. Azetylentetrachlorid zur Betäubung. Mir ist derartiges bisher nicht bekannt geworden. Auch über die Brauchbarkeit für ärztliche Zwecke weiß ich nichts. Prof. Dr. **A. Haberda**, Wien.

Ad 63. In Klin. Wschr. Nr. 3 und 4, 1923 wird eine neue Narkose mit einem Azetylenpräparat „Narcylen" (Böhringer) beschrieben. Doch braucht man dazu einen eigenen Sauerstoff-Mischapparat der Firma Draeger in Lübeck. **Die Red.**

Ad 63. Kombination von Basedow und Raynaud ist ein bekanntes Vorkommnis, ohne daß eigentlich von einem direkten ursächlichen Zusammenhang gesprochen werden könnte. In der Mehrheit derartiger Fälle trat übrigens Raynaud im Verlaufe schon bestehenden Basedows auf. Wiederholungen der einzelnen Raynaudanfälle sind gewöhnlich. Aufenthalt im Hochgebirge, leichte Hydriatik zur Allgemeinbehandlung. Im Anfalle selbst ängstlich jede lokale Reizung (Elektrizität usw.) meiden, höchstens laue Hand-Fußbäder, Prießnitz. Narkotika oft nicht zu umgehen. Natrium nitrosum, Amylnitrit u. dgl. nutzlos. Gegen Basedow Hochgebirge, Möbus Antithyreoidin, Rodagen, Sympathikusgalvanisation, Ruhe. Wenn diese Maßnahmen nicht zum Ziele führen, Strumektomie (nicht Röntgenbehandlung). Prof. Dr. A. **Pilcz**, Wien.

Ad 64. Stotterer. Spezialärzte in Wien sind Dozent Dr. Hugo Stern und der Unterzeichnete. Dozent Dr. E. **Fröschels**, Wien.

Ad 66. Maximalthermometer. Bei den Maximalthermometern ist am Übergange des Quecksilberreservoirs in die Kapillare ein Glasröhrchen eingeschmolzen, das fast das ganze Lumen ausfüllt und nur einen sehr feinen Spalt freiläßt. Wird das Thermometer erwärmt, so überwindet die Expansionskraft des erwärmten Hg leicht das Hindernis und steigt empor. Nach der Messung aber genügt die Schwerkraft des Hg nicht, um den Widerstand des engen Lumens zu überwinden, und daher bleibt die Hg-Säule oben, bis man sie gewaltsam herunterschüttelt. Gelingt das Herunterschütteln in der gewöhnlichen Weise nicht, so ist der Mechanismus gestört, indem durch Fall oder sonstige Erschütterung das oben erwähnte feine Glasröhrchen sich quer gestellt hat oder sonstwie das Lumen völlig verschließt. Erwärmen des Hg kann zuweilen ein Wiederrichtigstellen des Röhrchens bewirken. Gelingt das nicht, so ist nicht zu helfen. Einer Reparatur ist dieser zarte Mechanismus nicht fähig. **Die Red.**

Ad 73. Strahlentherapie maligner Tumoren. Die Beeinflußbarkeit hängt zunächst von der Art des Tumors ab. Sarkome (mit Ausnahme der Melanosarkome) sprechen bedeutend besser an als Karzinome. Unter den Sarkomen ist wiederum das Lymphosarkom des Mediastinums ein sehr dankbares Objekt für die Röntgentherapie. Unter den Karzinomen nimmt der Portiokrebs eine Sonderstellung ein, indem er, wie fast alle Statistiken melden, durch die Strahlentherapie in etwa 20% der Fälle dauernd geheilt wird. Die übrigen Karzinome folgen in bezug auf die Dauerheilung in

weitem Abstand: relativ am günstigsten noch das Adenokarzinom der Mamma, nahezu Null die Karzinome des Verdauungstraktes, der Prostata und Blase. Hingegen ist die Strahlentherapie ein wichtiges symptomatisches Heilmittel (Linderung der Beschwerden, Verlängerung der Lebensdauer usw.). Die Kombination mit Radium ist überall dort indiziert, wo man einen Träger direkt an den Tumor heranbringen kann. Die Wiener Schule steht auf dem Standpunkte, operable Fälle zu operieren. Die Bestrahlung ist angezeigt bei inoperablen Fällen, ferner vor der Operation zur Verbesserung der Chancen und nach derselben als prophylaktische Nachbestrahlung. Dr. F. **Pordes**, Röntgenarzt, Wien.

Ad 74. **Nephritis post scarlatinam.** Das Esbachsche Reagens enthält Zitronensäure und Pikrinsäure. Vielleicht handelt es sich bei der Beobachtung um die durch die Zitronensäure sich entwickelnde Kohlensäure (in einem Harn, der viel Karbonate enthält), welche das Sedimentieren des Niederschlages verhindert. — Die Appetitlosigkeit dürfte mit der zu lange fortgesetzten einseitigen Milchdiät zusammenhängen. Es würde sich vielleicht empfehlen, eine entsprechende gemischte Diät (Schlagsahne, Butter, Zucker, Obst usw.) zu verabreichen. Dozent Dr. E. **Nobel**, Wien.

Ad 76. **Die postmeningitische Taubheit** ist eine absolute, daher ist von einem Hörapparat nichts zu erwarten. Aus demselben Grunde mußten auch die angewendeten Hörübungen ohne Erfolg bleiben. Eine bessere Verständigungsmöglichkeit ist nur durch Erlernung des Ablesens von den Lippen zu erzielen. Dozent Dr. G. **Bondy**, Wien.

Ad 77. **Bei Sodbrennen** kommt es vor allem auf die Ursache desselben an. Es handelt sich keineswegs immer um Pyrosis hydrochlorica. Und wenn Alkalien keine Wirkung zeigen, so folgt daraus schon, daß es sich im vorliegenden Falle mit größter Wahrscheinlichkeit nicht um Pyrosis hydrochlorica handelt. In jedem Falle muß der Mageninhalt nach Probefrühstück auf Säure untersucht werden. Oft liegen normale, bisweilen auch subazide Werte vor. In letzterem Falle kann man sogar durch konsequente Salzsäuregaben recht gute Erfolge erzielen. Oft ist das Sodbrennen rein psychogener Art und erfordert dann die bei nervösen Dyspepsien übliche Therapie: Milieuveränderung, Brom, Hydrotherapie. — Bei der echten Pyrosis hydrochlorica ist vor allem ein lakto-vegetabilisches Regime anzuwenden. Ist dies allein nicht ausreichend, so soll man Alkalien reichen, aber nicht erst, wenn das Sodbrennen eintritt, sondern vor den einzelnen Mahlzeiten, das heißt also prophylaktisch zur Verhütung des Sodbrennens. Geheimrat Prof. Dr. I. **Boas**, Berlin.

Ad 78. **Aufstoßen und Speichelfluß.** Ständiges Aufstoßen erweckt den Verdacht auf Aerophagie und muß daher durch Ausschaltung aller nervösen Ursachen, vor allem auch durch langsames Essen und gutes Kauen, bekämpft werden. Was den Speichelfluß betrifft, so machen die Patienten nach dieser Richtung hin sehr häufig ungenaue Angaben. Namentlich wird mit Speichelfluß das Wasserzusammenlaufen im Munde verwechselt. Das letztere trifft man als Teilerscheinung sehr verschiedener Magenkrankheiten. Häufig begegnet man ihm als lästigem Symptom von Gastritis anacida. Sehr gute Erfolge beobachtete ich von konsequentem Gebrauch von Extr. Belladonna oder Extr. hyoscyami 0.01 in Pillen dreimal täglich. Daß dabei strenge Diät notwendig ist, bedarf keiner Betonung. Auch in diesem Falle ist ein Urteil über die Ursache der Klagen erst nach sorgsamer Funktionsprüfung des Magens abzugeben.
Geheimrat Prof. Dr. I. **Boas**, Berlin.

Ad 94. Odol verschreibt man magistraliter: Rp: Olei anisi, ol. caryophill. ana 0.04, Tinctur. Vanillae 1.00, Olei Menth. 1.2, Salol 2.0, Spiritus vini conc. ad 100.0. **Tiger-Apotheke,** Wien **IX.**

Notizen.

Gute Bücher.

Guttmann-Marle: „Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes mit Einschluß der therapeutischen Technik." Zweite umgearbeitete Auflage mit zahlreichen Abbildungen im Text. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin, 1923. Ein großzügig angelegtes Werk von tadelloser Ausstattung, das eine wertvolle Bereicherung der Bibliothek des praktischen Landarztes darstellt. Sämtliche Fächer der Medizin sind durch Fachleute ersten Ranges bearbeitet. Unter den 55 Mitarbeitern finden wir Namen, wie Adam (Augenheilkunde), Bachem (Pharmakologie), Bacmeister (Lunge), Bendix (Pädiatrie), Toby Cohn (Elektrotherapie), Cornelius (Nervenpunktmassage), Dührssen (Gynäkologie), Goldscheider, Ortner, Strauss (für Interne), Nordmann, Pels-Leusden, Schnitzler (Chirurgie) Kochmann (Pharmakologie), Nobl (Haut), Pilcz (Psychiatrie) vertreten. Die alphabetische Anordnung des gesamten Stoffes ermöglicht sofortige Orientierung durch einen namhaften Fachmann. Im Kleindruck und in möglichster Kürze sind bei jedem Artikel auch Diagnose und Differentialdiagnose berücksichtigt. Der Preis des vollständigen Werkes (drei Bände) ergibt sich aus der Grundzahl 90, multipliziert mit der für jedes Land allgemein geltenden Schlüsselzahl.

Prof. E. Löwenstein (Wien): „Handbuch der gesamten Tuberkulosetherapie." Mit 56 teils farbigen Textabbildungen und sechs teils mehrfarbigen Tafeln. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin, 1923. 1044 Seiten. Grundzahl 40½ (zu multiplizieren mit der jeweiligen Schlüsselzahl). Soeben erschienen. G. Z. für Band II (erscheint in den nächsten Wochen): 30. Dieses hervorragende Sammelwerk dient vor allem den Bedürfnissen des praktischen Arztes, da ein großzügig angelegtes Nachschlagewerk über Tuberkulosetherapie aller Formen in der deutschen Fachliteratur bisher vermißt wurde. Bei der Schilderung der Heilfaktoren ist überall die therapeutische Technik aufs eingehendste berücksichtigt, so daß dem Praktiker, der hier auch mit den neuesten Forschungsergebnissen aus Pathologie und Klinik der Tbc. vertraut wird, umfassendes Wissen über den heutigen Stand der Tbc. und ihre Heilungsmöglichkeiten vermittelt wird. Auf den bedeutsamen Inhalt der einzelnen von hervorragenden Fachleuten geschriebenen Beiträge werden wir noch in Form von Referaten zurückkommen.

Der 35. Kongreß für innere Medizin findet vom 9. bis 12. April 1923 in Wien statt. Hauptthemen: 1. Die Encephalitis lethargica. Referenten: v. Economo (Wien) und Nonne (Hamburg). 2. Der arterielle Hochdruck. Referenten: A. Durig (Wien) und Volhard (Halle). — Teilnehmeranmeldung an die I. Med. Klinik, Prof. Wenckebach, Wien IX., Lazarettgasse 14.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise für 1923:

Für das I. Halbjahr 1923 portofrei:

Österreich K 12.000.—, **Deutschland** Mk. 5000.—, **Ungarn** ung. K 600.—, **Polen** poln. Mk. 8000.—.

Für 1923 ganzjährig portofrei:

Tschecho-Slowakei č. K 30.—, **Italien** Lire 12.—, **SHS.** Dinar 50.—, **Rumänien** Lei 100.—, **Schweiz** Fr. 8.—, **Frankreich** Fr. 10.—. **Skandinavien** skand. K 6.—, **Holland** h. fl. 4.—, **England und Kolonien** Sh. 6.—, **Amerika** Dollar 1½. **Finnland** finn. Mk. 30.—. **Bulgarien** Lewa 100.—.

Die Jahrgänge 1911 bis 1922 kosten gebunden je K 20.000.—, Mk. 10000.—, č. K 30.—, poln. Mk. 15000.—, ungar. K 1200.—, Dinar 50.—, Lire 12.—, Lei 120.—, Fr. 8.—, skand. K 6.—, h. fl. 4.—, Dollar 1½.

Leinen-Einbanddecken 1922 und früherer Jahrgänge K 8000.— Mk. 4000.—, č K 5.—, Fr. 1.—, skand. K 1.—, h. fl. —.50.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens nd sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Seit 1. Jänner 1923 erscheint auch eine Ausgabe der „Ars Medici" in **englischer Sprache.**

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen



* An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.





BERSON

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.



Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 21563

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 4. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.


PILKA
GOLAZ
ANFANGS 1TROPFEN
DANN 2-3TROPFEN
BIS ZUR HEILUNG
Hb.Thymi et Droserae
dialysat.Golaz
PILKA
Nom Déposée
ZYMA-NYON
ZYMA
Nyon
PILKA
Nom Déposée
DAS ZUVERLÄSSIGE
KEUCHHUSTENMITTEL

ARS MEDICI

Wien, am 15. April 1923.

Interne Medizin.

Anämie — Thyreoidin.

Manche Fälle hochgradiger reiner Anämie (einfache Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins) werden durch Arsenkuren nicht gebessert; die Kranken nehmen zwar an Gewicht zu, aber Zahl der roten Blutkörperchen und Hämoglobingehalt bleiben unverändert. Man beobachtet dieses Verhalten häufig bei abgelaufenen oder stationären tuberkulösen Prozessen. Dozent Unverricht (III. Medizinische Universitäts-Klinik, Berlin) weist nun darauf hin, daß diese Kranken meist leichte Zeichen von Myxödem zeigen, wie rauhe, trockene Haut, Langsamkeit der geistigen Funktionen, Pulsverlangsamung und Hautschwellungen. Verordnet man solchen Patienten Thyreoidin (0.1 bis 0.2 täglich), so schwinden die Myxödemsymptome, aber das geschieht erst nach längerer Thyreoidinwirkung (bis zu sieben Wochen); es scheinen nämlich die vorangegangenen Arsengaben die Thyreoidinwirkung zu verlangsamen. Wenn man nun mit der Arsenbehandlung weiter fortfährt, wird schnelle Besserung der Anämie erreicht. Der Zusammenhang zwischen Schilddrüsenfunktion und rotem Blutbild ist schon lange bekannt, und bei Myxödem findet sich stets eine Herabsetzung der Zahl der Erythrozyten. — Im Gegensatz zu Arsen bessern Eisengaben die Anämie auch bei bestehendem andeutungsweisen Myxödem. (Klin. Wschr. Nr. 4, 1923.)

Atherosklerose der Bauchgefäße.

Leichtere Fälle beobachtet F. W. Strauch (Halle a. S.) in der Privatpraxis, namentlich bei gutsituierten und wohlgenährten älteren Männern gar nicht selten. Es handelt sich meist um unklare, diätetisch kaum beeinflußbare Dyspepsien mit anfallsweise auftretenden, oft heftigen Bauchschmerzen, Brechreiz, Aufstoßen, Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, Blutdruck erhöht. Die Schmerzen können nach allen möglichen Richtungen ausstrahlen. Nicht selten treten zunächst Magenbeschwerden nach bestimmten Speisen auf, die früher anstandslos vertragen wurden. Oder man hört Klagen über ergebnislosen Stuhldrang in den frühesten Morgenstunden, wodurch der Schlaf gestört wird, über migräneartige Kopfschmerzen oder über periodenweise auftretende Durchfälle, nach vorausgehender Obstipation u. dgl.

In allen diesen Fällen ist neben Hitzeapplikation am Abdomen vor allem das Diuretin oft prompt erfolgreich. Daneben kommen Atropin,

Papaverin und dessen Verbindung mit Kampfer, das Perichol, in Betracht. Gegen Blähungen Kamillentee, Pfefferminztee, Cholaktol. Gegen die Diarrhoen im höheren Alter neben Diuretin abends Tierkohle in kleineren Mengen. Kleine häufige Mahlzeiten, frühzeitiges knappes Abendbrot, Trockenkost, Verbot rohen Obstes (namentlich von Birnen). Absolutes Rauchverbot. (M. m. W. Nr. 3, 1923.)

Die lebensrettende Bauchlage.

Einen Ertrinkenden legt man zur Wiederbelebung auf den Bauch unter Erhebung der Beine, damit das eingedrungene Wasser aus den Luftwegen abfließen könne. Prof. Rautenberg (Berlin) empfiehlt nun dieses Verfahren nach dreijähriger Erprobung auch für hypostatische Pneumonien, Grippepneumonien, beginnendes Trachealrasseln bei Herzschwäche, kurz für alle Fälle, wo flüssiges Sekret sich in den Luftwegen staut. Ja, es sollte dem Arzt zur Gewohnheit werden, gerade so wie man Pneumonien älterer Leute womöglich im Sitzen behandelt, auch vorbeugend bei schwachen und schlecht expektorierenden oder bewußtlosen Kranken die Bauchlage anzuwenden. Es ist erstaunlich, welche Mengen schleimig-eitrigen oder rein eitrigen Sekretes dabei ohne Husten abfließen, in einem Falle z. B. in zwei Stunden 500 cm³. Der Krankheitsverlauf und das Allgemeinbefinden werden dadurch sehr günstig beeinflußt.

Man läßt den Kranken behutsam in Bauchlage bringen, schiebt, wenn er es verlangt, ein Kissen unter seinen Leib und läßt ihn Stirn oder Wange auf ein kleines Kissen stützen, so daß der Mund frei ist und ein Handtuch oder eine Eiterschale bequem zum Munde geführt werden können. Manche Patienten ziehen dabei gern die Beine an. Das untere Bettende wird durch untergelegte Klötze um 25 bis 30 cm erhöht. Diese Lage wird leicht zwei Stunden ausgehalten. Bei Schwerkranken und Bewußtlosen muß der Kopf seitlich auf ein weiches Kissen gebettet, Tücher oder Zellstoff müssen unter Mund und Nasenpartie gelegt werden. Bewußtlose kann man 24 Stunden und länger so liegen lassen. (D. m. W. Nr. 1, 1923.)

Die Indikationen zur Duodenalsondierung in der Allgemeinpraxis

bespricht Dozent S. Bondi (Wien). Die Duodenalsondierung (nach Einhorn) ist heute in den meisten Kliniken und Sanatorien eingeführt und auch in jedem Privathause leicht durchführbar. Sie bezweckt die Feststellung, ob normale Galle und normales Pankreassekret ins Duodenum gelangt. Nach Einführen der Sonde tropft in normalen Fällen alsbald eine klare, goldgelbe, alkalische Flüssigkeit ab. In pathologischen Fällen muß man freilich manchmal stundenlang warten, bis man ein zur Untersuchung geeignetes Sekret in genügender Menge (mindestens einige Kubikmeter) erhält. Es tritt lange Zeit nur trübe Magensäure oder ein grüngalliges, trübes und saures Sekret zutage infolge steter Beimischung von Magensäure. Manchmal wieder tropft ein klares alkalisches Sekret ab, aber es fehlt jede Spur von Gallenfarbstoff, in anderen Fällen wird der dünne Schlauch durch Schleimpartikel verstopft u. dgl.

Das erzielbare Resultat lohnt aber den Zeitaufwand. Bei lange sich hinziehendem Ikterus ohne charakteristische Anamnese (Gallenkoliken) erkennt man, ob überhaupt, wieviel und wie beschaffene Galle in den Darm gelangt. Der Nachweis von Urobilin und Uribilinogen im Harn und Stuhl ist nicht eindeutig, da auch Pyrollderivate positive Aldehydreaktion geben. Hämolytischer Ikterus, perniziöse Anämie, Malaria und abklingender katarrhalischer Ikterus geben tief dunkel gefärbte Galle mit deutlichem Urobilingehalt; alle Arten mechanischen Verschlusses und Cholangitis

zeigen den gegenteiligen Befund. Bei Verdacht auf Pankreaserkrankung ist das Fehlen der Pankreasfermente bedeutsam. Die bakteriologische Untersuchung des Duodenalsaftes entscheidet am sichersten, ob nach Typhus noch Bazillen ausgeschieden werden oder nicht.

(Lit.: Friedrich, M. Kl. Nr. 31/32, 1922. — Strisower, W. Arch. f. i. M., Bd. III, 1922. — Bondi und Eisler, M. m. W. Nr. 43, 1922.) (W. m. W. Nr. 4, 1923.)

Dysenterie — Glaubersalz.

Nach Prof. Th. Hausmann (Moskau) ist die einzig richtige Therapie der Ruhr systematisches und rigoroses Abführen. Nach einer kräftigen Kalomelgabe gibt man täglich durch zwei bis drei Tage 15 bis 20 g Natr. sulfuricum siccum, dazwischen eventuell noch Rizinusöl, sonst kein Medikament. Es wird eine gewaltige Transsudation in den Dickdarm und eine Dauerspülung erzielt, wobei der Spasmus des Dickdarmes aufgehoben wird. Heilung gewöhnlich in zehn Tagen, feste Stühle meist schon früher, niemals Chronischwerden der Ruhr, niemals Exitus! Die Dysenterie ist funktionell kein Durchfall, sondern eine Obstipation mit septischem Einschlag; deshalb findet man bei der Palpation der Flexura sigmoidea und des Colon transversum den Dickdarm kontrahiert, ohne Plätschergeräusche. Nach Natr. sulfur. (kein Magnes. sulfur.!) erschlafft der Dickdarm und wird auch als schlaffer Schlauch palpabel, wobei wieder Plätschergeräusche auftreten. Das Natr. sulfur. erschlafft den Darm, während Magnesiumsalze seinen Tonus erhöhen. Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 387. (D. m. W. Nr. 19, 1922, und W. kl. W. Nr. 3, 1923.)

Das Herz der Sportsleute.

Herxheimer (II. Medizinische Universitätsklinik, Berlin) untersuchte während der deutschen Kampfspiele (1922) das Herz bei 171 Teilnehmern der verschiedenen Sportarten, die sich alle in sehr gutem Trainingszustande befanden und zum Teil Rekordleute waren. Im Gesamtdurchschnitt wichen die Maße nicht wesentlich von den Normalmaßen ab, aber der Quotient LTD : T (Lungentransversaldurchmesser durch Herztransversaldurchmesser) ließ doch erkennen, daß die Herzen der untersuchten Männer im Durchschnitt etwas größer waren als die Herzen Nichtsportbetreibender. Die Skiläufer hatten die größten Herzen; dann folgen der Reihe nach Marathonläufer, Langstreckenläufer und Mittelstreckler; dann Mehrkampf, Schwimmen und Schwerathletik; die kleinsten Herzen hatten die Boxer. Den relativ größten rechten Herzteil wiesen die Boxer auf, dann folgen die Marathonläufer und Schwimmer, während die übrigen Sportzweige Werte nahe dem Mittelwerte zeigten. Ein Überwiegen des linken Herzteiles zeigten nur die Skiläufer.

Diese leichte Herzvergrößerung ist nach dem Verfasser an sich nicht als krankhaft zu werten, denn alle Untersuchten fühlten sich durchaus wohl und standen auf der Höhe ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Angabe mancher Ärzte, daß die Herzen der Sportsleute weniger widerstandsfähig seien und z. B. bei Infektionskrankheiten leichter erlahmen, ist ganz unbewiesen. Nur bei Hinzutreten anderer klinischer Symptome ist die leichte Herzvergrößerung mit zu bewerten. Gewiß bringt starke körperliche Betätigung, über ein gewißes Maß hinaus getrieben, stärkere Abnützung des Körpers und des Herzens mit sich. Es gilt eben, das Optimum des Maßes körperlicher Arbeit herauszufinden, und es scheint, daß dieses Optimum bei dem heute in Deutschland üblichen Sport noch nicht oder noch nicht wesentlich überschritten ist. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 96, H. 1/3, 1923.)

Zur Jodprophylaxe des Kropfes.

Als einfachstes und bereits bewährtes Mittel empfiehlt Professor Wagner-Jauregg (Wien) die Verabfolgung von jodhältigem Kochsalz (4 bis 20 mg pro Kilogramm) an die Bevölkerung von Gegenden, in welchen Kropf und Kretinismus endemisch sind. Die Tagesdosis erreicht dabei höchstens 0.04 mg Jod, ist aber bei ständigem Gebrauch völlig ausreichend. Durch Indolenz kann bei diesem automatischen Verfahren der Erfolg nicht gefährdet werden. Selbst noch ungeborene Kinder werden beeinflußt. (Ges. d. Ärzte in Wien, Februar 1923.)

Lungentuberkulose — Pneumothorax plus Phrenikotomie.

A. V. Frisch (II. Med. Klinik, Wien) empfiehlt die Phrenikotomie allein bei einseitiger Lungentbc. nur dort, wo die Anlage eines Pneumothorax unmöglich ist. Jedoch rät er, bei Anlage eines Pneumothorax zugleich die Phrenikotomie dann zu machen, wenn nennenswerte Verwachsungen zwischen Zwerchfell und Lunge bei genügendem Kollaps derselben bestehen. Denn der Pneumothorax wirkt nicht nur durch die Kompression der Lunge günstig, sondern auch vor allem durch Ruhigstellung des erkrankten Organes. Bestehen nun Adhäsionen zwischen Diaphragma und Lunge, so kann die Ruhigstellung nur durch Durchschneidung des Nervus phrenicus erreicht werden. (Klin. Wschr. Nr. 2, 1923.)

Zur Praxis der Organotherapie.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Hofrat Prof. Wagner-Jauregg (Wien).

Partielle Störungen der Schilddrüsenfunktion. Ein Versuch mit Schilddrüsentherapie ist häufig erfolgreich bei Kindern, die auf irgend einem Gebiete ein Ausbleiben oder eine Verzögerung eines Entwicklungsvorganges zeigen, z. B. Zurückbleiben im Wachstum, in der geistigen Entwicklung, in der Entwicklung der Sprache oder auch nur der Zähne. Bei vorsichtiger Dosierung (2 bis 3 dg Schilddrüsensubstanz pro die) wird man zum mindesten keinen Schaden stiften.

Bei Hypophysentumoren besteht manchmal gleichzeitig Kropf, und zwar verbunden mit deutlichen Zeichen von Hypothyreoidismus (z. B. supraklavikularen Pseudolipomen). In solchen Fällen kann es gelingen, durch Schilddrüsentherapie den Hypophysentumor zum Rückgang zu bringen und damit die vom Tumor durch Druck auf das Chiasma verursachte Sehstörung (zunächst bilaterale Hemianopsie, schließlich Erblindung) zu bessern. Man kann dann unter wiederholter Kontrolle der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes und des Augenhintergrundes zuwarten und vielleicht die Operation ersparen. Wegen der hohen Operationsmortalität beim Versuch einer Totalexstirpation ist die von Hirsch angegebene Trepanation des Bodens der Sella turcica vom Nasenrachenraum aus bei weitem vorzuziehen, obwohl dadurch dem Tumor nur Raum geschaffen und auf seine Totalexstirpation verzichtet wird.

Im Gegensatz zur Thyreoidtherapie sind wir über die Therapie mit Geschlechtsdrüsenpräparaten noch ganz im unklaren. Wir wissen nicht einmal, wie hoch wir dosieren können, ohne zu schaden und wieviel wir geben müssen, um das Maximum der Wirkung zu erreichen. Es werden Extrakte in Grammdosen injiziert, doch ist es nicht sicher, daß die Extrakte die gesamten wirksamen Substanzen der Drüse enthalten. Die von Brown-Sequard inaugurierte Therapie mit Hodenextrakt wirkt wohl bei den verschiedensten Krankheiten allgemein tonisierend, jedoch kaum spezifisch. Ebensowenig erwies sich das Spermin (Poehl)

als geeignet, irgendwelche Kastrationsfolgen zu verhüten. Neuere Präparate, wie Testogan, Thelygan usw. können nicht als rein organotherapeutisch anerkannt werden, da sie auch andere Stoffe, wie Yohimbin, Strychnin usw. enthalten. Immerhin kann nicht bestritten werden, daß die Hodenpräparate die Geschlechtslust bei gesunden Männern anregen; sie bleiben jedoch wirkungslos, wenn die Impotenz durch ein organisches Nervenleiden, wie z. B. Tabes, bedingt ist.

In manchen Fällen von Dementia praecox (Schizophrenie) dürften krankhafte Zustände in der Schild- und den Geschlechtsdrüsen eine Rolle spielen. Hiefür sprechen 1. der häufige Beginn des Leidens in der Pubertät; 2. die manchmal an den Habitus von Myxödematösen erinnernde, eigentümlich gedunsene Beschaffenheit des Gesichtes und der übrigen Weichteile; 3. der häufige Befund von Stoffen im Serum solcher Kranken, die Schild- oder Geschlechtsdrüse oder beide abbauen (Dialysierverfahren nach Abderhalden); 4. der von Mott (Edinburgh) erhobene mikroskopische Befund von weitgehenden degenerativen Vorgängen in den Geschlechtsdrüsen Schizophrener. Tatsächlich gelingt es manchmal in beginnenden Fällen durch Behandlung mit Schild- und Geschlechtsdrüse den Krankheitsprozeß aufzuhalten und zu bessern. Insbesondere ist bei in der Pubertätsentwicklung zurückgebliebenen Mädchen (Amenorrhoe usw.), die gleichzeitig eine Psychose vom Charakter der Dementia praecox oder auch nur leichtere psychische und nervöse Störungen zeigen, durch Schilddrüsen- und Ovarialpräparate sogar Dauerheilung zu erzielen. Auffällig rasch entwickeln sich Genitale, Brustdrüsen, Schamhaare, Menses und die Psychose schwindet.

Auch die häufigen Pubertätsticks werden durch Schild- und Geschlechtsdrüsenpräparate günstig beeinflußt, nicht selten unter gleichzeitiger außerordentlicher Förderung der körperlichen Entwicklung. Doch muß die Behandlung lange Zeit fortgesetzt werden. (W. kl. W. Nr. 1, 1923.)

Purpura rheumatica — Novokain lumbal.

Die Purpura rheumatica (auch Peliosis rheumatica genannt) ist bekanntlich eine rheumatische Erkrankung, die mit Aussaat eigentümlich blutig verfärbter Flecke an der Haut der unteren Extremitäten, mit Schmerzen an den Beinen und Gelenken und meist mit subfebriler Temperatur einhergeht. Die Salizylbehandlung versagt oft, und die Kranken leiden lange Wochen, bis sich Flecke und Schmerzen langsam zurückbilden, um häufig zu rezidivieren. Professor Rautenberg (Berlin-Lichterfelde) hatte nun überraschende Erfolge mit Lumbalpunktion und endolumbaler Injektion von 4 cm^3 0.05%iger Novokainlösung in physiologischer Kochsalzlösung (also 0.02 Novokain in 4 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung). Innerhalb Stunden verschwinden die Flecke und alle Beshwerden. In einzelnen Fällen trat nach ein bis zwei Wochen ein Rückfall ein, der durch eine zweite gleiche Injektion prompt beseitigt wurde. Die Flecke bilden sich so schnell zurück, daß beim Verfasser Zweifel entstanden, ob es sich wirklich um Blutaustritte handle, und tatsächlich zeigte die histologische Untersuchung exzidierter Flecke, daß das nicht der Fall ist. Verfasser faßt auf Grund der guten Wirkung seines Verfahrens die Purpura rheumatica als ein zentrales Leiden auf, ähnlich wie beim Herpes zoster der Sitz des Leidens im Zentralnervensystem ist. Er versuchte daher die endolumbale Novokaininjektion auch bei Erythema nodosum und Erythema exsudativum multiforme, hatte aber bei diesen Krankheiten nicht so überzeugende Erfolge. (D. m. W. Nr. 4, 1923.)

Die Tuberkulosebehandlung mit Angiolymphe

beurteilt E. Gaillard (Rio de Janeiro) auf Grund einjähriger Erprobung sehr günstig. Angiolymphe ist ein Pflanzenextrakt aus verschiedenen Orchideen und wird intramuskulär injiziert. Schon nach den ersten Injektionen tritt ausgesprochene Euphorie und subjektive Besserung ein. Das Mittel erwies sich als vollständig unschädlich, kann gleichzeitig mit anderen Spezifika gegeben werden. Die Tbc.-Bazillen schwinden sehr rasch aus dem Auswurf. Angiolymphe ist ein „Modifikator" des Organismus und befähigt ihn 1. den Störungen durch die Kochschen Bazillen und deren Toxine besser zu widerstehen; 2. den Tuberkelbazillus durch verstärkte Phagozytose anzugreifen und 3. die Körpersäfte derart zu modifizieren, daß sie für das Leben der Bazillen ungeeignet werden, die daher degenerieren. Die praktischen Resultate sind denen mit anderen spezifischen und unspezifischen Mitteln erzielbaren weit überlegen. (A. Folha Medica, Nr. 8, 1922.)

Neurologie und Psychiatrie.

Hirnbefunde bei Ulcus ventriculi.

Die Obduktion zweier Fälle von U. v. (E. Pollak, Wien) mit klinisch negativem Nervenbefund ergab enzephalitische Veränderungen am ausgesprochensten im Bereiche der Substantia reticularis der Medulla oblongata, an jener Stelle also, wo man heute die Zentren und Bahnen der vegetativen Neurome lokalisiert.

Diesen Befund verwertet G. Holler (Wien) für die von ihm vertretene neurogene Ulkustheorie (Bamberger): Das Ulcus ventriculi et duodeni chronicum ist häufig die Folge einer Vagusneuritis (eventuell Polyneuritis, Polyencephalitis), die zu trophischen Störungen in der Magenschleimhaut führt. Daher findet man häufig Ulzera bei Nervenlues, Tabes, Grippeenzephalitis, bei Nervenschädigungen durch Thyreotoxikosen und durch Infektionen aller Art, besonders Tbc., die vom Mediastinum aus (Drüsentbc.!) den Magennerven gefährlich werden können. Die Zunahme des Ulkus seit dem Kriege geht parallel mit der Zunahme der Tbc., der Grippe, der Lues, der Thyreotoxikosen und wird begünstigt durch die erschwerten Lebensverhältnisse, die die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen pathogene Einflüsse herabsetzen. (W. m. W. Nr. 7, 1923.)

Migräne — Sexualoptone (Merck).

Das häufige Schwinden der Migräne im Klimakterium und in der Gravidität weist auf den Zusammenhang zwischen Migräne und der Sexualsphäre hin. Manche Frauen betrachten das Aufhören ihrer Migräneanfälle als erstes sicheres Schwangerschaftszeichen. Die Ursache der Erscheinung muß wohl in der inneren Sekretion des Corpus luteum und der Plazenta zu suchen sein. Daher erprobte Lührs (Lindenfels) die Anwendung der Merckschen (nach dem Verfahren Abderhaldens hergestellten) Sexualoptone therapeutisch bei Migräne. Die anfangs gebrauchten zu starken Dosen führten zum Sistieren der Menses. Bei richtiger Dosierung trat aber dann bei acht Migränekranken so überraschender Erfolg ein, daß die Nachprüfung zu empfehlen ist. Man injiziert wöchentlich muskulär eine Ampulle Corpus-luteum-Opton (0.06) und eine Ampulle Plazenta-Opton (0.075) durch zehn Wochen. Die Plazenta-Opton-Injektionen verursachen leichte Schmerzen an der Injektionsstelle, sonst bei beiden Präparaten keinerlei Nebenwirkungen. (D. m. W. Nr. 5, 1923.)

Parkinsonismus — Atropin.

Über Anregung von Professor Nonne wurde nach Szyszka an der Klinik Morawitz in Würzburg in elf typischen Fällen von Parkinsonismus nach Encephalitis lethargica mit durchwegs günstigem Erfolge Atropin versucht. Die Krankheit begann wie gewöhnlich meist längere Zeit (bis zweieinhalb Jahre) nach der auslösenden Enzephalitis und führte progredient zu den schweren motorischen und psychischen Hemmungen (starrer, maskenartiger Blick, Muskelsteifigkeit, allgemeine Apathie, Fehlen aller Willenimpulse, schließlich Unmöglichkeit selbst zu essen und sich anzukleiden usw.), häufig zu schwerem Tremor, starkem Speichelfluß, quälender Schlaflosigkeit bei Nacht bei vermehrtem Schlafbedürfnis am Tage. Die übliche Therapie hatte vollständig versagt (Elektro- und Hydrotherapie, Strychnin, Kalk) oder nur vorübergehend einzelne Symptome gebessert (Brom, Skopolamin, Hyoszyamin). Auf Atropin. sulfur. in Pillen à 0.5 mg, vier- bis sechsmal täglich bis zu einer Tagesdosis von 2 bis 3 cg (0.02 bis 0.03) schwanden schon in zwei bis drei Tagen zuerst der Speichelfluß, dann oft weitgehend die Starre der Muskulatur und des Gesichtes, oft vollständig der Tremor, die Kranken wurden beweglicher und gesprächiger und lebten überraschend auf. Da nach längerer Atropindarreichung Gewöhnung und Wirkungslosigkeit eintreten, muß das Mittel intermittierend (je drei bis sechs Tage mit anschließenden Pausen von zwei bis drei Tagen) gegeben werden. Das Optimum der Darreichung für jeden Fall findet man bald leicht heraus. In einzelnen Fällen wurde ohne Schaden die Maximaldosis überschritten und bis 4 bis 4.5 mg pro dosi gegeben. Man kann zwar mit Atropin das schwere Krankheitsbild nicht heilen, aber subjektiv bis zur Arbeitsfähigkeit bessern. Jedenfalls ist Atropin das wirksamste bisher bekannte Mittel gegen Parkinsonismus.

Bemerkenswert ist auch ein Fall von arteriosklerotischer Demenz, mit sehr labiler, weinerlicher Stimmung, sehr stumpfer Psyche und völliger Teilnahmslosigkeit, der auf Atropin sich immer weitgehend besserte, um in den atropinfreien Intervallen sofort zu rezidivieren. (M. m W. Nr. 2, 1923.)

Poliomyelitis acuta — chirurgische Frühbehandlung.

Die ärztliche Behandlung der Poliomyelitis acuta spielt sich heutzutage im allgemeinen so ab, daß im akuten Stadium mit seinen oft stürmischen Allgemeinerscheinungen antifebrile Mittel u. dgl. gegeben werden; nach Einsetzen der Lähmungen bemüht man sich durch geeignete Lagerung, Gipsschienen usw. die Ausbildung von Kontrakturen zu verhüten, und erst nach monatelanger Behandlung mit Elektrizität und Massage wird der Kranke dann dem Chirurgen übergeben, der oft noch durch Tenotomie, Sehnen- und Muskelüberpflanzungen Verbesserungen des Endresultates erzielen kann. Peiser (Israelit. Krankenh., Berlin) rät, schon früher chirurgisch einzugreifen. Obduktionsbefunde haben ergeben, daß meist eine lokal begrenzte Meningitis (serosa?) mit starker Liquordrucksteigerung besteht. Verfasser selbst machte in einem Falle von schlaffer Armlähmung die Laminektomie, fand die Dura prall gespannt, bei Inzision derselben sprang unter hohem Druck im Strahl reichlich wasserklarer Liquor hervor, darunter sah man das komprimierte, schneeweiße, blutleere Rückenmark. Nach Entleerung des Liquors stellte sich Pulsation wieder ein, die Gefäße des Rückenmarkes füllten sich, und auch klinisch trat leichte Besserung ein. Es ist also zu hoffen, daß man bei rechtzeitiger Laminektomie und Durainzision (ohne Naht der Dura, jedoch mit exakter Muskel- und Hautnaht) gute Erfolge erzielen wird. Die Lumbalpunktion kann nicht

dasselbe leisten und genügt nicht. Der Zeitpunkt der Operation ist nicht schwer zu wählen. Nach den stürmischen Erscheinungen der ersten Tage entwickeln sich schnell Lähmungen, klingen aber ebenso schnell wieder ab. Sehr rasch geht die Lähmung auf dasjenige Muskelgebiet zurück, das später dauernd gelähmt bleibt. Sobald man mit einiger Sicherheit dieses Muskelgebiet feststellen kann, sollte die operative Entlastung des zugehörigen Rückenmarkabschnittes versucht werden. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 4, 1923.)

Chirurgie und Orthopädie.

Belastungsdeformitäten und Rachitis.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Dozent I. Haß (Klinik Lorenz Wien).

Die typischen Belastungsdeformitäten des heranwachsenden Alters, das Genu valgum, Genu varum, die Coxa vara, Coxa valga und die Skoliose stehen ätiologisch mit der Rachitis im engsten Zusammenhang. Die Lehre von der Rachitis ist in den letzten Jahren durch folgende praktisch wichtigen Grundsätze ergänzt worden: 1. Eine Trennung zwischen infantiler Rachitis und Rachitis tarda ist nicht mehr aufrechtzuerhalten. Es gibt fließende Übergänge und die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes ist durch das Alter des Pat. bedingt. 2. Die Rachitis beruht im wesentlichen darauf, daß der neugebildete Knochen kalklos bleibt. 3. Die im lebhaftesten Wachstum befindlichen Skeletteile werden am stärksten befallen; bei kleinen Kindern also das ganze Skelettsystem (Schädel, Thorax, Extremitäten), in der zweiten Dentitionsperiode vor allem die Zähne und die Wirbelkörper und in der Pubertätszeit vorwiegend die Metaphysen (= Zone des stärksten Wachstums; jener Teil der Diaphyse, welcher der Epiphysenfuge zunächst liegt).

Insbesondere bei der Rachitisendemie der letzten Jahre beobachtete man neben den zahlreichen Fällen von „Hungerosteomalazie" bei älteren Leuten vielfach auch 16 bis 18jährige Adoleszente, die meist über Knieschmerzen klagten und röntgenologisch an der oberen Tibiametaphyse, zum Teil aber auch an anderen Metaphysen (Femur usw.) helle Zonen (Kalkmangel) mit oder ohne sekundäre Knochendeformität oder sogar Spontanfrakturen und -infraktionen zeigten. Die Form der Verkrümmung (Genu valgum, varum, Coxa valga, vara usw.) ist durch die funktionelle Beanspruchung bedingt. Das Genu valgum entsteht durch Abbiegen der kalkarmen unteren Femurmetaphyse nach außen infolge der gewissen Berufen (Bäcker usw.) eigentümlichen Spreizstellung; liegt der Verkalkungsdefekt an der Innenseite der oberen Tibiametaphyse, so resultiert das O-Bein (Genu varum); so kann derselbe Entstehungsmechanismus beim selben Individuum auf der einen Seite zum G. valgum, auf der anderen zum varum führen. Die Coxa vara der Kinder zeigen röntgenologisch eine den Schenkelhals quer durchsetzende helle (kalkarme) Zone lateral von der Epiphysenfuge, die wie eine „Schenkelhalsfissur" aussieht; infolge der Belastung kann infolgedessen der Schenkelhals so weit heruntergebogen werden, daß der Trochanter sogar bis auf das Darmbein hinaufrutscht. Zu einem Abbruch der Epiphyse (Epiphysiolysis capitis femoris), und zwar oft schon nach geringfügigen Traumen, kommt es aber nur bei den Coxa vara adolescentium. Diese Fälle zeigen meist deutlich Genitalhypoplasie mit eunuchoidem Hoch- oder Fettwuchs und im Zusammenhang damit Persistenz der Epiphysenfugen, die der immer

steigenden Inanspruchnahme schließlich nicht mehr gewachsen sind. Ob auch hier die Rachitis eine Rolle spielt, ist ungewiß. Ist die Infraktionsstelle am Schenkelhals außen gelegen, so kann derselbe trotz der Belastung nach oben abgebogen werden und es resultieren die Coxa valga (selten).

Die Skoliose wird nicht durch die Schule verursacht. Ihr häufiger Beginn am Anfang des schulpflichtigen Alters hängt damit zusammen, daß in diese Zeit auch die zweite Dentitionsperiode fällt, in welcher sich sowohl die Zähne als auch die Wirbelsäule im lebhaftesten Wachstum befinden und daher erwiesenermaßen am leichtesten von der Rachitis befallen werden. Ein knochengesundes Kind wird nie skoliotisch. Bei rachitischer Anlage kann allerdings die Schreibhaltung eine Rolle spielen (Rechtsskoliose) und das anhaltende Sitzen das Entstehen einer Skoliose begünstigen.

Die Kyphose der Jugendlichen („Lehrlingskyphose") entsteht gleichfalls auf rachitischer Grundlage. Bei zeitlicher Röntgenaufnahme zeigen die Wirbelkörper Keilform.

Zur Prophylaxe der genannten Deformitäten ist insbesondere der zweiten Dentitionsperiode und der Pubertätszeit Aufmerksamkeit zu widmen. Je früher die Behandlung einsetzt, desto leichter die Korrektur. Bei rachitischer Anlage oder konstitutioneller Minderwertigkeit muß verhindert werden, daß Berufe ergriffen werden (Schlosser, Bäcker, Tischler usw.), die erfahrungsgemäß das Entstehen von Deformitäten begünstigen. (W. m. W. Nr. 5, 1923.)

Behandlung eitriger Prozesse mit Balsamicis.

Lazzarini hat bei eitrigen Wunden und septisch-putriden Prozessen eine von Dr. Rosi angegebene Mischung von Balsamicis mit sehr gutem Erfolge angewendet:

Rp:		
	Jodoformii	
	Guajacoli	
	Eucalyptoli	aa 5.00
	Balsami peruviani	20.00
	Aetheris sulfurici	
	Spiritus vini rectificati	aa 50.00.

Diese Lösung wurde sowohl zur oberflächlichen Wundbehandlung verwendet, als auch in Wundhöhlen eingespritzt. Die Eiterung hörte alsbald auf, der üble Geruch verschwand, und gute Granulationen bildeten sich. Besonders gute Erfolge zeigten sich bei der Nachbehandlung inzidierter Phlegmonen, ferner bei putrider Endometritis post abortum. Bei Tbc.-Fisteln waren dagegen die Resultate minder gut und bewährte sich die Becksche Wismuthpaste besser. (L'ospedale maggiore 31. XII. 1922.)

Die Fensterdrainage.

Chiari hat kürzlich („Ars Medici" 1923, S. 58) auf die Schädlichkeit der Tamponade bei eitrigen Prozessen hingewiesen und die Annähung der Hautränder des Schnittes empfohlen. Doch dürfte dieses Verfahren auch seine Nachteile haben: neue Stiche in eiterbespülter Haut und vor allem mangelhafte Offenhaltung der Inzisionswunde. Schubert berichtet, daß an der Königsberger Chir. Univ.-Klinik schon seit langem die Fensterdrainage geübt wird. Statt langer Inzisionsschnitte werden aus dem den Eiterherd von der Außenwelt trennenden Gewebe ein oder mehrere kreisrunde Fenster ausgeschnitten. Das begrenzende Gewebe zieht sich zentripetal zurück, die Fenster klaffen und gewähren ohne jeden Tampon besten Abfluß. Nur bei starker Blutung wird das erstemal locker tamponiert. Die Haut in der Umgebung des Fensters wird mit Salbe be-

strichen. Will man durch derartige Fenster eröffnete Sehnenabschnitte vor Austrocknung bewahren, so genügt es, das ganze Fenster mit einem Salbenlappen zu bedecken. Besonders zweckmäßig ist das Anlegen der Drainagefenster bei Eiterungen, die ihren Sitz unter der unnachgiebigen Fascia lata des Oberschenkels haben; der Fasziendefekt heilt später glatt ohne Funktionsstörung. — Der Durchmesser des ausgeschnittenen Gewebsfensters richtet sich nach der Größe des Abszesses, nach der Schwere und Tiefe der Eiterung. Bei dicht unter der Haut gelegenen Panaritien und Sehnenscheideneiterungen kann ein Durchmesser von 3 mm genügen, bei großen Eiterungen mit umfangreichen Gewebsnekrosen soll er 4 cm und mehr betragen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 3, 1923.)

Habituelle Luxation der Klavikula — operative Arthrodese.

Nach H. v. Ortenberg ist bei der habituellen Schlüsselbeinluxation am Sternum die Kapselverkleinerung zur völligen Heilung unzureichend. Hingegen ergibt die Fixierung des Gelenkes (Arthrodese) die besten Dauerresultate ohne die Mechanik des Armes zu stören. Das Gelenk wird durch Schrägschnitt quer über seiner höchsten Stelle eröffnet und dann die lockere Klavikel durch den Assistenten mit Hebelbewegungen am Arm herausgehebelt. Dann wird mit dem Resektionsmesser der etwa vorhandene Meniskus herausgeschnitten und von beiden Gelenkenden die Knorpelscheibe in 2 bis 3 mm Dicke entfernt. Reposition und Vereinigung durch Knochennaht. Doppelung der schlaffen Kapsel durch Matratzennaht. Hautklammern. Fixationsverband mit der Hand auf der gesunden Schulter für drei Wochen. (M. Kl. Nr. 52, 1922.)

Zur Technik der intravenösen Injektion.

Zur Venenstauung empfiehlt Thim (Wien) folgende Hilfsmittel: Kräftiges zentripetales Massieren des Unterarmes; öfters hintereinander die Faust schließen lassen und den Arm dabei ausstrecken; die Beugeseite des Unterarmes mit der flachen Hand oder einem Tuch schlagen — alles selbstverständlich bei angelegter Binde. Manchmal treten die Venen besser hervor, wenn man die Staubinden etwas lockerer anlegt. Manchmal liegt in der Tiefe eine geeignete prall gefüllte Vene, die als Strang palpabel ist. Man versuche eventuell eine reaktive Hyperämie, indem man mit der Binde auf kurze Zeit selbst den arteriellen Zufluß drosselt und dann während der nun eintretenden reaktiven Hyperämie die Binde bei herabhängendem Arm wieder regelrecht anlegt, ohne jetzt die tiefen Gefäße zu komprimieren. Bleibt alles erfolglos und sind auch anderswo keine geeigneten Venen vorhanden (Handrücken, Handgelenk, Unterschenkel, jedoch keine Varizen!), so bleibt nur mehr die operative Freilegung einer leicht erreichbaren Vene, wobei man bei Frauen die Ellenbeuge vermeiden wird, da die Narbe verräterisch sein kann.

Die besten Kanülen (nicht rostend und stahlhart) sind die Nikokanülen (Firma F. Masarey, Berlin N. 24, Ziegelstraße 26); sie sind den Reinnickel-, Osmium-, Tantal-, Platinkanülen usw. vorzuziehen, oxydieren nicht und sind billig. Man darf aber die Nikokanüle nicht ausglühen, sondern nur durch Auskochen oder mit Alkohol sterilisieren. Die Kanülen sollen kurz und auch seitlich im Winkel von 45° scharf geschliffen sein. Die Kanülen werden am besten in 60- bis 70%igem Alkohol steril aufbewahrt und vor und nach dem Gebrauch mit sterilem Wasser durchgespritzt. So verlieren sie ihre Schärfe nicht.

Eine einfache elastische Glasrohr-Gummischlauchverbindung zwischen Kanüle und Spritze ermöglicht es, die Kanüle in die gleiche Ebene der Vene zu bringen und sie in dieselbe nach dem Einstich bequem

vorzuschieben, ohne hiebei die Venenwand seitlich zu verletzen (Injektionsapparat nach Dr. Thim; erhältlich bei Karl Reiner, Wien IX., Mariannengasse 17). Durch Aufdrücken des linken Zeigefingers unterhalb der Einstichstelle wird verhindert, daß die Vene seitlich ausweicht.

Konzentrierte Lösungen soll man, um Thrombosen zu vermeiden, nur langsam injizieren und vorher in der Spritze durch Aspiration von etwas Blut mischen. Nach der Injektion soll der Arm hochgehoben werden.

Die am sichersten zu sterilisierende und deshalb empfehlenswerteste Injektionsspritze ist die Exaktaspritze (Gebr. Montigel, Berlin W. 35, Steglitzerstraße 18). Ihre Metallteile sind mit dem Glaszylinder nicht verlötet, letzterer kann daher bei Bruch sofort ausgewechselt werden. Bei den üblichen Rekordspritzen wurden noch nach dem Auskochen in den Lötspalten hochvirulente Streptokokken nachgewiesen.

Paravenös injiziertes Salvarsan verursacht sofort heftiges Brennen (später Entzündung, Infiltration; selbst Gewebsnekrose); man ziehe da die Spritze nicht sofort heraus, sondern versuche durch Anziehen des Kolbens das ausgetretene Salvarsan zu aspirieren, um so die lokale Ätzung zu verringern. Anfänger sollen immer in den linken Arm injizieren, dessen eventueller Gebrauchsausfall weniger störend empfunden wird.

Die Desinfektion der Spritze erfolgt durch Einlegen in 50- bis 70%igen Alkohol, nachdem sie sorgfältig gereinigt und mit Wasser durchgespritzt wurde oder durch Kochen, indem man Kolben und Zylinder separat in Gaze gewickelt in kaltes Wasser legt und dieses langsam bis zum Sieden erhitzt. Niko- und Nickelkanülen werden am besten in 50- bis 70%igem Alkohol (Desinfektionskraft in diesem Prozentsatz am stärksten!) steril aufbewahrt, da sie durch Auskochen stumpf werden. Stahlkanülen hingegen rosten im Alkohol.

Zum Auflösen des Salvarsans in der Spritze verwende man 10 bis 20 cm³ Aqua bidestillata sterilisata oder Normosallösung (beides in Ampullen erhältlich). Gutes Leitungswasser, wie das Wiener, ist auch ohne Destillierung, einfach durch Kochen verwendbar.

Salvarsaninjektionen. Neosalvarsan wird in der Spritze gelöst, und zwar 0.15 bis 0.3 in 6 cm³, 0.45 bis 0.6 in 10 cm³ Wasser von Zimmertemperatur. Die Lösung muß lichtgelb sein, braune Farbe ist suspekt auf Oxydation (giftig!). Silbersalvarsan löst sich in der Spritze sehr schlecht auf. Man verreibt es besser mit den gleichen Mengen bei Zimmertemperatur in einem sterilen Schälchen. Die Lösung ist ichthyolbraun, schwärzliche Lösungen sind unbrauchbar. Jede Salvarsanlösung muß sofort injiziert werden, da sie sonst oxydiert. Die Injektionsnadel darf vor dem Einstich mit der Lösung nicht benetzt werden, um schmerzhafte Infiltrate zu vermeiden. Die Lösung wird in der Spritze durch Aspiration mit Blut gemischt und sehr langsam injiziert. Bei Kollaps, vasomotorischen Zuständen usw. Suprarenin (0.5 bis 1.0) muskulär.

Zur Blutentnahme für die Blutprobe verwende man nur trockene, sterile Kanülen und Eprouvetten, da Wasser hämolytisch wirkt. Patient darf vorher keinen Alkohol genießen, da sonst positive Reaktion schwinden könnte. Muß die Blutprobe mit der Post versandt werden, so entfernt man nach einer Stunde den koagulierten Blutpfropfen oder gießt das Serum in eine andere Eprouvette. (M. Kl. Nr. 51, 1922.)

Mammakarzinom bei Männern

ist nicht gar so selten. Wie Mülleder mitteilt, betrafen 2% aller an der I. Wiener Chirurgischen Klinik beobachteten Brustkrebse Männer. Die

Axillardrüsen pflegen auch beim Manne mit ergriffen zu sein, selten aber die Supraklavikulardrüsen. Bei Verdacht auf Mammakarzinom am besten Probeexzision. Bei positivem Ausfall Amputation mit Röntgenbestrahlung als Nachbehandlung. Alle drei Monate Nachuntersuchung, da die Prognose auch bei Männern ernst ist und Metastasen in der Wirbelsäule gefunden wurden. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 120, H. 4.)

Pylorusstenosen durch Ätzsäuren und Ätzlaugen

sind nicht selten, werden aber in der Literatur wenig behandelt. In Ungarn kommen Selbstmordversuche mit Ätzlauge ziemlich häufig vor, und Elischer (St. Rochusspital, Budapest) berichtet über sechs Fälle von Pylorusstenose durch Verätzung, die in letzter Zeit dort beobachtet wurden. Ist der Magen beim Eintritt der Ätzlauge leer, so erstrecken sich die Verätzungen auf die ganze Schleimhautfläche des Magens, die aneinander liegt. Bei vollem Magen fließt aber die Ätzflüssigkeit in der sogenannten „Magenstraße" direkt zum pylorischen Teil und richtet hier ihre Verheerungen an. Die Pylorusstenose entsteht dann im Verlaufe von Wochen und Monaten und zeitigt die bekannten schweren Erscheinungen. Die Röntgendiagnose gelingt natürlich nur bei passierbarem Ösophagus. Man muß also bei solchen Fällen immer an die Möglichkeit einer Pylorusstenose denken, schon um nicht eine Gastrostomie zu machen, die ja dann gar nichts helfen kann. Ist die Pylorusstenose festgestellt, so ist die Gastroenterostomie angezeigt; die Jejunostomie nur in den Fällen, wenn die Speiseröhre auch für Flüssigkeit undurchlässig, die Stenose des Pylorus eine vollkommene, also die Ernährung per os unmöglich ist. (Ztrbl. f. Chir. Nr. 5, 1923.)

Nach Umschlägen mit feuchtem Zellstoff

(mit Borwasser und essigsaurer Tonerde) beobachtete Schauke (Stuttgart) wiederholt Hauterytheme, erysipelartige Hautentzündung und sogar Blasenbildung mit hohem Fieber. Die Untersuchung des Zellstoffes ergab, daß derselbe schwefelsaure Salze enthielt. Sowohl bei gelbem als bei sehr schön weiß aussehendem Zellstoff war das der Fall. Vom Zellstoffgebrauch bei feuchten Umschlägen ist also dringend abzuraten. (Derm. Wschr. Nr. 6, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Aphrodisiaka in der Gynäkologie.

Dozent R. Hofstätter berichtet über die an der Wiener Poliklinik (Gynäkolog. Abt. R. Bauer) erzielten Resultate.

Das Yohimbin. muriat. steigert die Reflexerregbarkeit im Sakralmark und hyperämisiert die Organe des kleinen Beckens. Es wurde in der Dosis von dreimal täglich 0.005 (in Pastillenform) durch höchstens drei Wochen in 144 Fällen angewendet und zwar bei 88 primären Uterushypoplasien mit Amenorrhoe (55 geheilt), 51 Uterusatrophien mit Amenorrhoe nach Geburten (38 geheilt), bei sechs Fällen von starken Kastrationsbeschwerden (zwei geheilt) und einem Fall von Dystrophia adiposo-genitalis (unbeeinflußt). Nebenwirkungen (Schwindel, Speichelfluß, Frösteln mit Schweißausbruch, Magen- und Herzbeschwerden, Schlaflosigkeit, Nasenbluten usw.) treten nur bei größeren Dosen nach sehr langem Gebrauch auf. Nur in drei von obigen 144 Fällen mußte die Behandlung nach einigen Tagen wegen Kopfschmerzen eingestellt werden. Verwendet wurden

Yohimbin-Spiegel („Menolysin", Chemische Fabrik Güstrow in Mecklenburg), ferner die Präparate der Firmen Dr. Kerteszty und Dr. Wolf, Chinoin, Ujpest, Chemische Werke Grenzach und die „Rhome"-Tabletten des Chemischen Laboratoriums „Zur Austria", Wien IX., bestehend aus: Yohimbin. mur. 0.005, Calc. phosph. 0.1, Strychnin nitr. 0.002, Pulv. Zingiberis 0.004, Elaeos Vanill. 0.02. Sehr empfehlenswert ist auch die Kombination mit Oophorin, Lezithin und Eisen, z. B. das „Thelygan" nach Doktor I. Bloch, bestehend aus Yohimbin und Ovarin (Chemische Fabrik Doktor Henning, Berlin). Bei Hypothyreoidismus leite man die Behandlung mit einer kurzen Thyreoidinkur ein. Man kann einleitend die Ovarialtätigkeit auch durch Hypophysininjektionen heben. Hat die Amenorrhoe schon viele Monate bestanden und zu einer wesentlichen Atrophie geführt, so ist eine Ausschabung der alten, ganz atrophischen Uterusschleimhaut vor der Yohimbinkur anzuraten. In der letzten Zeit wurde auch das „Juvenin" (Farbenfabriken in Leverkusen), eine Kombination von methylarsinsaurem Strychnin und Yohimbinalkaloid erfolgreich verwendet.

Über Muirazithin, Muira-Puava, Dammiana usw. fehlen dem Autor eigene Erfahrungen. (W. m. W. Nr. 7, 1923.)

Hyperemesis gravidarum — Therapie.

Henrotay isoliert die Patienten und läßt sie zunächst durch zwei Tage ohne jede Nahrungszufuhr. Täglich wird ein großer Einlauf mit Senna und Natr. sulfur. gegeben und subkutan 1 l phys. Na Cl-Lösung, notfalls mit Zusatz von 2 mg Strychnin sulfur., in zwei bis drei Portionen appliziert. Am dritten Tag morgens neuerlich obiger Einlauf und hierauf 6 g Chloralhydrat in 100 g einer 2%igen Gummilösung rektal. Während der nach einer Stunde auftretenden Somnolenz wird eisgekühlte Milch gut vertragen. In den folgenden Tagen Milchzufuhr mit festen Zusätzen wieder unter Chloralhydratwirkung, dann Ernährungsversuch ohne Chloral. (Bruxelles méd. Nr. 13, 1922.)

Kephalhämatom und Dammschutz.

Während die häufige Kopfgeschwulst durch senkrecht auf Kopfhaut und Schädelknochen wirkenden Druck entsteht, ist die Ursache der selteneren Kopfblutgeschwulst in einer Verschiebung der Weichteile in tangentialer Richtung gegen den platten Knochen während der Geburt zu suchen, wodurch die Gefäße zerreißen, die vom Periost zum Knochen ziehen. G. H. Schneider (Hebammenschule in Bamberg) hat nun beobachtet, daß häufig die Art des Dammschutzes die Entstehung der Kopfblutgeschwulst begünstigt. Die gespreizten Finger der linken Hand werden auf den kindlichen Schädel aufgesetzt und bohren sich geradezu ein, um am härteren Knochen einen Halt zu gewinnen; dadurch kommt es zur Abhebung der Beinhaut vom Knochen, zur Kopfblutgeschwulst. An dem Material der Bamberger Hebammenschule konnte Verfasser nachweisen, daß nach Einführung der richtigen Dammschutztechnik die Häufigkeit des Kephalhämatoms auf die Hälfte absank.

Die Vorschriften, die Professor Göttling den Hebammenschülerinnen für den Dammschutz diktiert, seien hier wiedergegeben: Die Handgriffe zum Dammschutz treten erst in Tätigkeit, wenn der Kopf nahe am Durchschneiden ist, also das Hinterhaupt und die Scheitelhöcker geboren, der Kopf mit einem großen Umfang in der gedehnten Schamspalte steht und der Damm durch das Einschneiden des Kopfes schon ausgedehnt und sehr verdünnt erscheint. Erstgebärende werden zum Dammschutz zurecht gelegt, wenn der Kopf auch in der Wehenpause mit einem größeren Um-

fang in der Vulva sichtbar bleibt, Mehrgebärende bereits, wenn der Kopf während der Wehe in der Schamspalte sichtbar wird. Während der nächsten Wehe soll das Hinterhaupt sich immer mehr unter dem absteigenden Ast des Schambeins hervordrehen, der Kopf ist bereits mit einem großen Umfang aus der Schamspalte herausgetreten, der Saum der Schamspalte liegt dem Kopf eng an, die große Fontanelle ist in die Mitte des Dammes gerückt und hier deutlich durchzufühlen. Der Frau wird jetzt das Mitpressen verboten, vernünftige Gebärende läßt man jetzt tief ein- und ausatmen, unvernünftige sollen am besten laut schreien. Während der Wehe legt nun die Hebamme die linke Hand mit geschlossenen, leicht gebeugten Fingern so auf den Kopf, daß auf den Hinterkopf die Hohlhand, auf das Vorderhaupt die Fingerspitzen geschlossen in die Nähe des Schamlippenbändchens und die ganze Handfläche nach Möglichkeit auf den Schädel wie eine Kappe zu liegen kommen, und übt während der Wehe in dieser Handhaltung mit der Hohlhand einen Druck auf das Hinterhaupt gegen die Kreuzbeinaushöhlung zu aus. Verboten ist das Zurückdrängen des Kopfes mit krallenförmig gestellten oder gespreizten Fingern, es macht oft bei weichen Schädelknochen Gehirnverletzungen, oder es erzeugt, wenn die Kopfschwarte auf dem Knochen verschoben wird, die sogenannte Kopfblutgeschwulst. Ist die Spannung der Schamspalte nicht zu groß und das Schamlippenbändchen während der Wehe nicht weiß geworden, so läßt man den Kopf im Nachlaß der Wehe eine Linie weiter über den Damm hervortreten, anderfalls hält man ihn während der nächsten Wehe nochmals zurück. Dabei können gleichzeitig die am Damm gespreizt liegenden Finger der rechten Hand den Damm gegen die Mitte zu etwas zusammenschieben, um ihn zu entspannen, ohne zu stark gegen den Schädel zu drücken. Ist allmählich die große Fontanelle hinter dem Damm vorgerückt und in der Nähe des Schamlippenbändchens zu tasten, so fühlt man mit dem Daumen der linken Hand nach, ob der Hinterhauptshöcker vor den Schambogen hervorgetreten ist und die Nackengrube am Schambogen liegt. Ist das nicht der Fall, so schiebt der Daumen das Hinterhaupt mit einem Druck unter dem Schambogen in der Wehenpause etwas dammwärts hervor, bis die Nackengrube deutlich unter dem Schambogen gelegen zu fühlen ist. Nun hebt man den Kopf mit der linken Hand etwas nach vorn vor dem Schamberg vom Damm weg und schiebt mit der rechten Hand den Damm über die Stirn und das Gesicht bis über das Kinn nach rückwärts, um das Gesicht des Kindes zum Vorschein zu bringen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 3, 1923.)

Prophylaktische Argochrominjektion bei der Geburt

wurde nach Schuhmacher an der Gießener Universitäts-Frauenklinik angewendet und streng durchgeführt. Es wurden 20 cm³ einer 1%igen Argochromlösung venös eingespritzt. Der Erfolg war ein Absinken der genital bedingten fieberhaften Wochenbetten von 8.5 auf 2.6% und ein Fallen der Mortalität von 0.87 auf 0.54%. (Ztschr. f. Geb., Bd. 85, H. 2.)

Die Schwangerschaftsniere.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Dozent E. Werner (Wien).

Die in der zweiten Schwangerschaftshälfte meist vorhandene spurweise Albuminurie entwickelt sich bei zirka 2% aller Schwangeren, und zwar häufiger bei Erstgeschwängerten, langsam, schleichend zur ausgesprochenen Schwangerschaftsniere mit Oligurie, hochgradiger Albuminurie und Zylindrurie, Ödemen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen (Dunkelsehen, Flimmern vor den Augen u. dgl.). Therapeutisch

verordne man Bettruhe, eiweiß-, flüssigkeits- und kochsalzarme Kost, eventuell mehrmals täglich Euphyllin 0.4 rektal oder subkutan, Aderlaß. Bei schweren Augensymptomen oder Eklampsie muß die Schwangerschaft unterbrochen werden. Die Nierensymptome gehen zwar im Wochenbett meist rasch zurück, doch bleiben nicht selten dauernde Schäden zurück, 20% der Kinder kommen tot zur Welt, 20% als Frühgeburten.

In zirka 8% obiger Fälle kommt es meist plötzlich zur Eklampsie, und zwar gewöhnlich bei Erstgebärenden und gegen Ende der Gravidität. Zunächst die typischen Prodromalsymptome: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Flimmern vor den Augen, Dunkelsehen oder völlige Amaurose und dann plötzlich Bewußtlosigkeit durch ein bis zwei Minuten mit klonischen Krämpfen am ganzen Körper, Zungenbissen (verhindern mittels Holzstäbchen!). Die mütterliche Mortalität beträgt zirka 25%, die kindliche über 40%. Nach acht Anfällen ist auf ein lebendes Kind nicht mehr zu rechnen. An den meisten Kliniken ist folgende Therapie üblich: Isolierung im Dunkelzimmer, ausgiebiger Aderlaß (500 bis 600 cm³), 0.015 Morphium subkutan; nach einer Stunde 2 g Chloralhydrat rektal, nach weiteren zwei Stunden wieder Morphium wie oben, nach weiteren vier Stunden Chloralhydrat wie oben, nach noch weiteren sechs und noch weiteren acht Stunden noch je 1.5 Chloralhydrat rektal. Im ganzen also in 21 Stunden 0.03 Morphium und 7 g Chloralhydrat (Schema nach Stroganoff). Entbindung sobald als möglich (Zange, Extraktion am Steiß).

Auf Grund der Beobachtung, daß bei der Schwangerschaftsniere die bei normaler Gravidität so häufige Hypertrophie der Thyreoidea ausbleibt, empfiehlt Eppinger die Verordnung von Thyreoideatabletten. Hofbauer injiziert außerdem Ovarialextrakte. Diese Behandlungsweise soll sich an den Kliniken in Breslau und Bremen bewährt haben.

Prophylaktisch werden beim Auftreten der ersten Symptome (Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen) knappe, eiweiß- und fettarme Kost, reichlicher Genuß von pflanzenarmen Alkalien (Apfelwein), bei Auftreten von Albumen (über 1%) und Ödemen, Bettruhe und Na Cl-Einschränkung und Aderlaß, gegen erhöhten Blutdruck Veronalnatrium empfohlen. (W. m. W. Nr. 3, 1923.)

Zur Behandlung der weiblichen Sterilität.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Dozenten E. Graff (Wien).

Zunächst ist die facultas generandi des Mannes festzustellen. 25% aller steriler Ehen beruhen auf einem Spermafehler. Man entnimmt der Scheide und dem Zervikalkanal möglichst bald nach der Kohabitation Sekret oder läßt sich nach einem Coitus condomatus das Ejakulat, einigermaßen vor Abkühlung geschützt (Kondom mit Ejakulat in Wärmeflasche hängen. Ref.), bringen und untersucht sofort auf lebende Spermatozoen.

Vaginismus. Hat man sich davon überzeugt, daß es sich nicht etwa um aktive Abwehrbewegungen der Frau infolge von Schmerzen bei Verletzungen, entzündlichen Prozessen am Introitus oder Rigidität des Hymen, sondern um echten Vaginismus handelt, so führt der einfache Kunstgriff: zielbewußtes Pressen im Augenblick der Immissio membri häufig zum Ziele. Eventuell auch Suggestion, Hypnose.

Bei mehr als 50% der sterilen Frauen handelt es sich um Genitalhypoplasie. Die Anamnese ergibt oft spätes Auftreten der Menstruation, Neigung zu Amenorrhoe, schwache und unregelmäßige Blutungen, dysmenorrhoische Beschwerden u. dgl. Vielfach geben die Frauen spontan an, daß das Sperma unmittelbar nach der Ejakulation nach außen abfließt und sie während des Aktes vollkommen empfindungslos sind. Operative

Eingriffe sind zwecklos. Höchstens kann die Wachstumsanregung des Uterus durch wiederholte Laminariadehnung der Zervix mit oder ohne anschließende Kürettage zum Ziele führen. Eminent fördernd wirken regelmäßiger Geschlechtsverkehr und Ovarialextrakte intramuskulär, ferner hyperämisierende Maßnahmen, wie Heißluft, Diathermie, Moorbäder usw., roborierende Behandlung (Eisen, Arsen).

Menstruationsanomalien sind auch bei normal ausgebildetem Genitale häufig innersekretorisch bedingt (Ovar, Schilddrüse, Hypophyse). Oft gelingt es durch schwache Röntgenbestrahlungen der Ovarien die Menstruation zu regeln und Gravidität herbeizuführen. Man verordnet ferner Ovarialtabletten oder injiziert jeden zweiten Tag ein Ovarialextrakt (Onuclex, Oprotex-Sanabo) muskulär und gibt zweckmäßig gleichzeitig täglich eine Schilddrüsentablette (Thyreosan-Sanabo) intern.

Sterilität trotz normaler Menstruation und gut ausgebildetem Genitale. Eine Lageanomalie kann nur dann die Ursache sein, wenn die Portio direkt nach oben sieht und der äußere Muttermund beim Vorschieben des untersuchenden Fingers (bzw. des Gliedes — Ref.) direkt an die vordere Scheidenwand gepreßt wird, so daß das Sperma überhaupt nicht eindringen kann. Hier kann das einfache Aufrichten des Uterus (eventuell Pessar) zur Gravidität führen. Keinesfalls ist aber jede Retroflexio korrekturbedürftig oder die Ursache irgendwelcher Beschwerden. — Häufig machen chronisch entzündliche Veränderungen besonders durch Tubenverschluß eine Schwängerung unmöglich, wobei die Gonorrhoe die größte Rolle spielt. Die entzündlichen Residuen sind oft so geringfügig, daß sie sich dem palpatorischen Nachweis entziehen. Als besonders wertvoll erwies sich hier die Durchblasung der Tuben mit Sauerstoff nach Rubin (Apparatur und Technik, s. Graff, W. kl. W. Nr. 35, 1922). Dieses Verfahren ergab, daß 72% aller Fälle von entzündlichen Adnextumoren unwegsame Tuben aufweisen. Dieser Nachweis bewahrt natürlich die Patientin vor zwecklosen Operationen. Wird der Tubenverschluß durch die konservative Therapie (Diathermie! — Ref.) nicht behoben, so bleibt nur mehr die Salpingostomie übrig, über deren Resultate wegen zu kurzer Zeit noch nicht berichtet werden kann.

Die noch übrig bleibenden Fälle von Sterilität könnten nach den Tierexperimenten von Dittler durch Spermaimmunität erklärt werden (Abbau von Spermaeiweiß im Serum). Hiefür sprechen die professionelle Sterilität der Prostituierten, die Schädlichkeit allzu häufigen Geschlechtsverkehrs und im Gegensatz dazu die Konzeption nach langer Trennung, die Steigerung der Konzeptionsfähigkeit nach den Menses und schließlich die relative Häufigkeit der Befruchtung gelegentlich der ersten Kohabitation. (W. kl. W. Nr. 4, 1923.)

Pädiatrie.

Wann soll die chirurgische Behandlung angeborener pathologischer Zustände einsetzen?

Diese Frage ist nach Gossmann (Univ.-Kinderklinik, München) folgendermaßen zu beantworten: I. Im ersten Lebenshalbjahre kommt jeder Operation ein höheres Gefahrenmoment zu als später. Daher sind in dieser Zeit nur krankhafte Veränderungen zu operieren, die Leben oder Gesundheit schwer bedrohen. II. Alle übrigen pathologischen Zustände werden

nach Ablauf des ersten Lebenshalbjahres operiert. III. Nur bei einigen Mißbildungen machen es anatomische Verhältnisse, die Unentbehrlichkeit verständiger Mitarbeit des Patienten oder die Schwere des auszuführenden Eingriffes notwendig, die Behandlung noch über das erste Lebensjahr hinaus zu verschieben.

Ad I. Sofort in den ersten Lebenstagen zu operieren sind der Nabelschnurbruch und der angeborene Mastdarmverschluß, beide wegen Peritonitisgefahr. Ferner gehören hieher gewisse Fälle von Myelomeningokele und Spina bifida, wo Teile des Zentralnervensystems Verletzungen ausgesetzt sind. Der Stridor congenitus infolge von Tracheakompression durch Geschwülste kann zuweilen zur sofortigen Operation zwingen; meist jedoch liegt Struma vor, und dann läßt sich in einigen Tagen durch Einreibung von Jodjodkalisalbe Besserung ohne Operation erzielen. Frakturen intra partum müssen sogleich reponiert und geschient werden. Noch in den ersten drei Monaten muß eingegriffen werden beim Pylorospasmus, wenn interne Behandlung innerhalb vier bis fünf Tagen keinen Erfolg hat; und zwar wird hier die Myotomie des Pylorus vorgenommen („Ars Medici" 1922, Seite 311). Ebenso ist die chirurgische Behandlung noch vor Ablauf des ersten Lebenshalbjahres einzuleiten bei Angiomen (Gefahr der Blutung und der bösartigen Degeneration), beim Klumpfuß (leichteres Redressement) und bei Hasenscharte mit durchgehender Gaumenspalte.

Ad II. Nach Ablauf der ersten sechs Monate werden operiert: Meningokelen, bei denen das Zentralnervensystem durch genügend widerstandsfähige Haut geschützt ist; Hasenscharten leichteren Grades. Die Phimose kann meist unblutig gelöst werden. Die Hydrocele testis wird ebenfalls erst nach sechs Monaten operiert gleichwie die angeborenen Leistenhernien; letztere natürlich schon früher bei Inkarzeration oder starken Beschwerden. Nabelhernien heilen meist spontan unter Heftpflasterverband und werden nur bei sehr weit offenem Ring und starken Beschwerden nach sechs Monaten operiert. Ebenso ist das die Zeit für die Operation des Caput obstipum musculare.

III. Die Hasenscharte mit durchgehender Gaumenspalte ist, wie oben unter I. erwähnt, schon innerhalb der ersten drei Lebensmonate zu operieren. Die Langenbecksche Operation der Gaumenspalte folgt aber dann erst nach Ablauf des ersten Lebensjahres, weil in dieser Zeit die Spaltränder des weichen Gaumens noch parallel verlaufen. — Die angeborene Hüftgelenksluxation operiert man unblutig nach Bettreinwerden des Kindes etwa im zweiten Lebensjahre. Syndaktylie, Hypospadie und Epispadie werden auch besser erst nach Ablauf des ersten Lebensjahres behoben, weil die Organe dann schon größer sind und bei der Nachbehandlung der Syndaktylie Mitwirkung des Kindes erforderlich ist. Für die Blasenektopie kann man keine feste Vorschrift geben; man soll sie möglichst früh operieren, da aufsteigende Pyelonephritis droht, anderseits ist die Operation eine eingreifende, und man wird neben der medizinischen Indikation auch soziale Umstände und die Kraft des Kindes von Fall zu Fall berücksichtigen müssen. (Klin. Wschr. Nr. 2, 1923.)

Gute Ratschläge zur Kinderpraxis.

Von Professor E. Moro (Heidelberg).

Blässe ist nicht identisch mit Anämie. Sehr selten haben blasse Kinder tatsächlich einen herabgesetzten Hämoglobinindex (unter 70% Sahli). — Zur richtigen Einschätzung der Halsdrüsen diene die Tatsache, daß 90% aller Kinder gut tastbare Nackendrüsen aufweisen. Diese schwellen als regionäre Drüsen bei jedem Rachenkatarrh immer wieder für

längere Zeit an, so daß die Schwellungen scheinbar habituell werden können. Ähnliches gilt von den den Tonsillen regionären Kieferdrüsen. Man sei also mit der Diagnose Skrofulose oder Tbc. vorsichtig. — Auch subfebrile Temperaturen müssen nicht immer etwas Ernstes bedeuten. Die Rektaltemperatur hat nur dann einen Wert, wenn das Kind mindestens eine Stunde geruht hat (Bewegungshyperthermie). Kleine Entzündungsherde im lymphatischen Gebiet des Nasenrachenraumes nach katarrhalischen Affektionen können viele Wochen hindurch zu täglichen Temperaturen bis über 38° C führen. Aber auch ohne jeden Befund werden bei Kindern mit „konstitutioneller Subfebrilität" ständig Rektaltemperaturen bis 37.8° C beobachtet. Im Gegensatz zum echten Fieber lassen sich diese habituellen Hyperthermien durch Opium herunterdrücken, hingegen nicht durch Pyramidon. Fast durchwegs handelt es sich um vasolabile Kinder mit Neigung zu Schweißen (feuchten Händen und Füßen) und zu Adipositas. Die Temperatur scheint infolge Störung der Wärmeregulation ständig höher eingestellt zu sein. — Zur Diagnose einer Tbc. sind jedenfalls längere Beobachtung und die kombinierte Röntgen- und Tuberkulindiagnostik erforderlich.

Pulsarhythmien und Bradykardie im Liegen, akzidentelle Geräusche, allerlei Herzbeschwerden sind bei nervös erregbaren, vasolabilen Kindern häufig und dürfen nicht überschätzt werden. Wie oft werden unnötig langdauernde Liegekuren und Entfernung aus der Schule angeordnet! Herzgeräusche, die im zweiten und dritten Interkostalraum links vom Sternum am deutlichsten sind und im Liegen lauter oder erst hörbar werden, sind höchstwahrscheinlich akzidentell und harmlos. Organische Geräusche sind an der Spitze und Basis am deutlichsten. Vasolabile Kinder zeigen gerade nach Laufen, Springen usw. oft auffallende Bradykardie und Arhythmien im Liegen.

In größeren Intervallen häufig rezidivierende, heftige Schmerzanfälle in der Nabelgegend („Nabelkoliken") beruhen oft auf paroxysmalen Störungen der Gefäßinnervation (akute Ischämien, Pal) und können rein suggestiv (Faradisieren, Heftpflasterstreifen zwischen Nabel und Schwertfortsatz) dauernd beseitigt werden. Bevor man aber Nabelkolik diagnostiziert, muß man Appendizitis, Mesenterialdrüsenaffektionen, Darmspasmen und vor allem Askaridiasis ausschließen. Die echte Nabelkolik kann zweifellos starke Schmerzen verursachen, die stundenlang anhalten können. Das Kind wird im Anfall plötzlich auffallend blaß, erbricht aber äußerst selten, die Rektaltemperatur erreicht höchstens 38° C, Obstipation wird häufig angegeben, hat aber mit dem Zustand nichts zu tun. Leichtere Fälle sind ziemlich häufig. Schließlich beobachtet man auch Nabelkoliken im auffallenden Zusammenhang mit häufig und regelmäßig rezidivierenden Anginen (s. Birk, Lehrb. d. Kinderkr.).

Die Psychotherapie spielt in der Kinderpraxis überhaupt eine große Rolle. Der faradische Strom beseitigt oft prompt Knie- oder Wadenschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden, die bei Kindern so häufigen rezidivierenden Kopfschmerzen, namentlich in der Stirngegend, Hustenticks, chronische Heiserkeit u. dgl. Ähnliches gilt vom Milieuwechsel. Schlaflosigkeit, chronische Diarrhoen oder Obstipation, nervöses Erbrechen schwinden oft mit einem Schlage bei Aufnahme in einer Anstalt. Wird bei Aufnahme der Anamnese die neuropathische Natur des Leidens offenkundig, so wird die weitere Anwesenheit des Kindes kontraindiziert, ebenso wenn man der Begleitperson Mitteilung über ein organisches Leiden zu machen hat. Hingegen soll bei negativem Befund das Kind mit eigenen Ohren hören, daß ihm nichts fehlt und müssen suggestiv wirkende Kuren und

Medikamente in Anwesenheit des Kindes verordnet werden. Der dem Kinde allzusehr vertraute Hausarzt erzielt oft geringere Erfolge als der dem Kinde noch unbekannte Konsiliarius. (M. m. W. Nr. 1, 1923.)

Rektalprolaps bei Kindern — Alkoholinjektionen.

L. Findlay und D. Galbraith (Glasgow) erzielten in 41 Fällen folgendermaßen prompte Heilung: Zunächst wird der Prolaps reponiert, dann werden das Perineum und die Umgebung des Afters gründlich gereinigt und jodiert, hierauf unter Lokalanästhesie rechts und links, ½ cm vom Anus entfernt, je 1½ cm^3 absoluter Alkohol 2 bis 2½ cm tief eingespritzt. Rektumschutz durch eingeführten Finger. Es entsteht eine Entzündung mit nachfolgender Narbenschrumpfung, die das Rektum fixiert. (Lancet, Jänner 1923.)

Die Prognose der Säuglingstuberkulose.

Nach Professor W. Stöltzner (Halle a. S.).

Seit etwa zehn Jahren ist eine Reihe von Veröffentlichungen erschienen, die der alten Lehre, daß die Säuglingstbc. regelmäßig tödlich verlaufe, widersprechen. (Vgl. „Ars Medici" 1920, S. 313.) Verfasser selbst beobachtete in den letzten Jahren 33 tuberkulöse Säuglinge, von denen die mit Miliartbc., tuberkulöser Meningitis, Lungen- und Abdominaltbc. sämtlich in der Klinik starben, dagegen neun Säuglinge mit Bronchialdrüsentbc. oder nur mit positiver Tuberkulinreaktion heilten, also eine Sterblichkeit von 72%. In der Privatpraxis mag sich der Prozentsatz noch etwas günstiger stellen. Trotzdem kann der neueren Anschauung von der „Heilbarkeit" der Säuglingstbc. nicht energisch genug entgegengetreten werden. Die im ersten Lebenshalbjahre infizierten Säuglinge sterben ja doch alle noch in ihrem ersten Lebensjahre, von den im zweiten Lebenshalbjahre infizierten weitaus die meisten. Eine so erschreckende Mortalität bietet keine andere Infektionskrankheit dar, nicht Lues, nicht Typhus, Cholera oder Pocken. Der Arzt muß also noch immer darauf dringen, daß jeder gefährdete Säugling sofort aus der gefährdenden Umgebung entfernt werde, so schwer das aus materiellen und psychologischen Gründen auch meist durchzusetzen ist. Es steht fest, daß bei sehr frühzeitiger Entfernung aus der tuberkulösen Umgebung das gefährdete Neugeborene in der Regel tuberkulosfrei bleibt. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 34, H. 5/6, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Acne rosacea — Behandlung.

Thibierge und Legrain empfehlen morgens und abends folgende Salbe anzuwenden:

Rp:	Sulfuris praecipitati		3.00
	Acidi salicylici		0.50
	Zinci oxydati		15.00
	Vaselini		35.00
	M. f. Ungt		

An Stelle dieser Salbe kann auch die folgende verwendet werden:

Rp:	Sulfuris praecipitati		3.00
	Ichthyoli		2.00
	Zinci oxydati		
	Talci veneti	aa	15.00
	Vaselini		30.00
	M. f. Pasta.		

(Journ. d. practic. 1922, 36.)

Hefepräparate gegen Acne rosacea

empfiehlt neuerdings Seiler (Lenzen a. E.): Dreimal täglich vor den Mahlzeiten einen gehäuften Teelöffel Levurinose-Hefepulver in Zuckerwasser o. dgl. und einmal täglich das Gesicht mit Levurinose-Hefeseife waschen, wobei man den Seifenschaum etwa eine Stunde lang im Gesicht eintrocknen läßt. Kurdauer zehn bis zwölf Wochen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 12, 1922.)

Die Bismuthbehandlung der Syphilis

haben auch Dozent Gußmann und Pogany (Budapest) genau nachgeprüft. Sie verwandten mit sehr gutem Erfolge das „Bismoluol" (Firma G. Richter, Budapest), eine 10%ige sterile Suspension des Dikaliumbismutotartarikums in Olivenöl und injizierten hievon jeden zweiten bis dritten Tag je 2 cm^3 intraglutäal. Das Bismoluol wirkt mindestens ebenso energisch wie das französische Trepol und macht so gut wie keine Nebenwirkungen; die Schmerzen an der Injektionsstelle gleichen denen nach Hg-salicyl.-Injektionen; häufig tritt der grauschwarze Bismutsaum am Zahnfleisch auf, der aber keine Stomatitis erzeugt und nur kosmetisch stört. Wirkliche Stomatitis trat nur ganz vereinzelt auf, Nierenreizung nie.

Die Wirkung auf die klinischen Erscheinungen, insbesondere auf die großen Papeln am Genitale und auf die Drüsenschwellung, ist eine auffallend rasche und intensive. Dagegen scheint die spirochätentötende Kraft des Bismut geringer zu sein als die des Salvarsans; die Wassermannreaktion wird erst spät negativ. Man kann zusammenfassend sagen, daß wir im Bismut ein sehr gut wirksames antiluetisches Mittel neben Salvarsan und Quecksilber besitzen. Man kann ohne Schaden die Bismutkur mit einer Salvarsankur und eventuell auch mit einer Hg-Kur verbinden, in letzterem Falle wäre das Quecksilber als Schmierkur zu verordnen. (Derm. Wschr. Nr. 6, 1923.)

Ekzembehandlung — Chlorkalzium extern.

Lampronti hat Ekzemformen, bei denen die übliche Behandlung versagte, mit Calcium chloratum behandelt und hiebei sehr gute Erfolge erzielt. Zur Anwendung gelangte eine 6%ige Salbe folgender Zusammensetzung:

Rp:		
	Calcii chlorati	3.00
	Lanolini	20.00
	Olei amygdalarum dulcium	30.00
	Mentholi	0.05.

Die Krusten fielen oft schon nach ein bis zwei Tagen ab, und es bildete sich sehr bald normale Epidermis.

Kinderekzeme, Crusta lactea, reagierten sehr gut; weniger Ekzeme bei uratischer Diathese Erwachsener. Bei Diabetes konnte das Mittel wegen Mangels geeigneter Fälle nicht versucht werden. Wenn lokale Rezidive auftraten, wurde das Chlorkalzium auch innerlich, und zwar während oder nach der Lokalbehandlung, mit gutem Resultat gegeben. (1 bis 4 g pro die, in wässeriger Lösung. — Ref.) (La Riforma medica, Nr. 9, 1923.)

Hautaffektionen der Wechseljahre — Ovoglandol.

In der präklimakterischen und klimakterischen Zeit stellen sich als lästige Erkrankungen oft quälender Juckreiz und Ekzeme am Genitale, in der Genitokruralfalte und häufig am ganzen Körper ein. R. Bauer (Poliklinik, Wien) hatte ausgezeichnete Erfolge mit Ovoglandolinjektionen (jeden zweiten Tag 1 cm^3 subkutan; 10 bis 16 Injektionen). So berichtet

er über einen Fall mit Ekzem des ganzen Gesichtes, das seit Sistieren der Menses durch drei Jahre bestand, sich trotz der Lokaltherapie zahlreicher Dermatologen (Salben, Quarzlampe, Arsen, Karlsbader Kur usw.) und schließlich auch trotz Autoseruminjektion immer mehr verschlimmerte. Nach drei Jahren Ovoglandolbehandlung mit sofortigem radikalem Erfolg. In diesem Falle kann man nicht einwenden, daß es sich nur um Proteinkörperwirkung handle, da ja Autoserumbehandlung erfolglos war. — Noch ein zweiter Fall wird ausführlicher beschrieben, bei welchem zwar die Menstruation noch bestand, aber das die Hautaffektion begleitende Jucken, der Kopfschmerz und das Schwindelgefühl auf präklimakterische Ätiologie bei der 46jährigen Patientin hindeuteten; auch hier erfolgte schnelle Heilung durch Ovoglandol. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 5, 1923.)

Urologie.

Nierengeschwülste

können, wie K. Scheele (Frankfurt a. M.) betont, jahrzehntelang ohne irgend welche Erscheinungen bestehen. Erst die Trias: palpatorischer Tumor, Hämaturie und Schmerzen führt meist zur Diagnose. Blutung ohne weitere Symptome ist charakteristisch für ein Hypernephrom. Schmerzen treten nur dann auf, wenn das Blut frühzeitig gerinnt und die Gerinnsel den Ureter verstopfen. Stellt sich im Anschluß an eine Palpation eine Blutung ein, so spricht dies sehr für Tumor. Die Steinblutung tritt fast nur nach forcierten Bewegungen und Anstrengungen auf und ist selbst dann nicht so profus wie die Tumorblutung. Bei Tuberkulose kommen zwar auch profuse Blutungen vor, aber hier fehlen nie Entzündungserscheinungen der Blase, wie Harndrang und eitriger Urin. (Ztschr. f. urol. Chir., Bd. 10, Festschrift.)

Die Steinach-Operation (Unterbindung der Samenstränge)

wurde, wie Prof. Wagner-Jauregg (Wien) mitteilt, schon 1899 von dem Amerikaner Sharp an einigen Sträflingen wegen exzessiver Onanie erfolgreich durchgeführt, wobei auch ein außerordentlich günstiger Einfluß auf Körper und Geist konstatiert wurde. Daraufhin wurde 1913 diese Art der Sterilisierung aus kriminalpädagogischen und rassenhygienischen Gründen in zwölf Staaten Nordamerikas gesetzlich angeordnet und eventuell sogar gegen den Willen des Betreffenden durchgeführt. Ebenso erfolgreich hatte Wagner-Jauregg die beidseitige Unterbindung, respektive Resektion der Vasa deferentia wegen exzessiver Onanie bei drei jungen Männern durchführen lassen, die bereits körperlich und geistig so heruntergekommen waren, daß Ausgang im Dementia praecox befürchtet werden mußte. Demgegenüber spielt der Verlust der Zeugungsfähigkeit keine Rolle, zumal derart psychopathische Individuen sich überhaupt nicht fortpflanzen sollen.

Ob dagegen bei senilen Individuen durch diese Operation nach Steinach eine erhöhte Libido zu erzielen ist, möchte Wagner-Jauregg nach seinen bisherigen, allerdings nicht großen persönlichen Erfahrungen skeptisch beurteilen. (W. kl. W. Nr. 1, 1923.)

Augenheilkunde.

Zur Behandlung der Bindehautkatarrhe

richte man sich nach folgenden Grundsätzen von Professor A. Peters (Rostock): Bei akuter Exsudation mit oder ohne Membranbildung

(Schwellungskatarrhen, akutem Trachom, Diphtherie, Gonorrhoe usw.) soll man die Schleimhautporen nicht durch eiweißfällende Mittel verstopfen, deren spezifische Wirkung wegen Unmöglichkeit genügender Konzentration zweifelhaft ist, sondern der Exsudation einige Tage unter möglichst reizloser Lokaltherapie (Jodtrichlorid oder dgl.) freien Lauf lassen. Eiweiß parenteral und Ableitung auf den Darm sind oft von großem Nutzen. Nach Abklingen der Membranbildung wird 1 bis 2% Lapis, bei Diphtherie noch besser reiner Zitronensaft instilliert. Gegen zurückbleibende leichte Schwellungen und Hyperämien am besten einmal täglich massieren durch einige Tage mit

Rp:		
	Ichthyol	0.15
	Zinc. oxyd.	5.00
	Vaselini alb.	15.00.

Diese Zinkichthyolsalbe muß zur feinsten Verteilung des Zinkoxyds aufs sorgfältigste verrieben hergestellt werden. Nach der Massage (rotierende Lidmassage) müssen die Salbenreste durch queres Verschieben der Lider gegeneinander vollständig entfernt werden. Die Salbe bewährt sich am besten gegen chronische Bindehautkatarrhe aller Art, ferner bei Rosaceakeratitis und Phlyklänen und in Pastenform (Zusatz von 3.0 Amyl. tritic.) bei chronischen Lidrandprozessen. Adenoide Wucherungen (Trachom, Catarrhus siccus) müssen mechanisch entfernt werden. Bei chronischem Trachom immer milder werdende Behandlung mit Kupferpräparaten. Gegen Supraorbitalneuralgien Massage im Nervenverlauf, Secale-Chinin-Eisen oder Eukalyptustinktur. (M. m. W. Nr. 49, 1923.)

„Die Reizkörpertherapie hat in der Augenheilkunde

einen Siegeslauf angetreten“, schreibt Professor Cords (Köln). Die guten Erfahrungen der alten Ärzte mit Vesikantien und dem Haarseil, die Empfehlung des Diphtherieserums durch einzelne Augenärzte waren vergessen, als plötzlich L. Müller (Wien 1916) die Milchinjektionen empfahl und sein Vorschlag bald allgemein durchdrang. Seither gibt es Anhänger des Aolans, Kaseosans, Pferdeserums, der Deuteroalbumose, des Yatren-Kasein usw. Verfasser kehrt aber immer wieder zur abgekochten Milch zurück und glaubt, daß die bei dieser eintretende hohe Temperatursteigerung einen wesentlichen Anteil am Erfolg hat. Geradezu zauberhaft ist die Wirkung bei der Gonoblenorrhoe Erwachsener; im Anschluß an eine einzige Milchspritze (10 cm³) schwellen die Lider ab, mindert sich die Sekretion, die Hornhaut wird gerettet. Bei dieser Krankheit, die früher so oft zur Erblindung junger Menschen führte, ist die Unterlassung der Reizkörpertherapie geradezu ein Kunstfehler. Weit weniger günstig ist leider die Wirkung bei der Gonoblenorrhoea neonatorum; bei Säuglingen wirken bekanntlich alle Sera meist nichts, und auch eine kräftige Temperatursteigerung ist bei ihnen nicht zu erreichen. — Gut sind die Erfolge weiter bei der Diphtherie der Bindehaut und bei der Keratitis scrophulosa, weniger bei Keratitis parenchymatosa, doch kombinieren auch hier manche Autoren Neosalvarsan- mit Milchinjektionen. — Herpes corneae und Hornhautkomplikationen des Trachoms werden günstig beeinflußt, sonst wurden beim Trachom keine Erfolge erzielt. Sehr gut ist die Wirkung bei traumatischen Hornhautgeschwüren, sofern sie nicht durch Pneumokokken hervorgerufen sind. Bei Skleritis sind die Ansichten geteilt. — Große Erfolge

feiert die Reizkörpertherapie bei Iritis: oft genügt hier eine Injektion, um das Krankheitsbild umzustimmen, die auf Atropin versagende Pupille zu erweitern, das Kammerwasser aufzuhellen und die quälenden Schmerzen zu beheben. Bei Iritis luetica wird man antiluetische Therapie mit Milchinjektionen kombinieren. Bei chronischer Iridozyklitis erreicht man mit antiluetischen Mitteln und Tuberkulin mehr. Ferner wird die Milchtherapie gerühmt bei Infektion des Auges infolge Verletzung oder Operation und bei der pyämischen metastatischen Iritis.

Bei den Veränderungen der tieferen Gewebe des Auges wirkt die Reizkörpertherapie weniger. Bei Glaskörpertrübungen und -blutungen haben nur einzelne Autoren Erfolge gehabt, bei Chorioiditis und Chorioretinitis ist die Wirkung fast Null. Dagegen wird über guten Nutzen bei Retinitis albuminurica berichtet. Bei Netzhautablösung und bei Sehnervenleiden scheint die Wirkung der Reizkörpertherapie sehr gering zu sein. — Auszubauen wäre noch die Lehre von der Dosierung und Häufigkeit der Anwendung, die sehr verschieden gehandhabt werden. (Klin. Wschr. Nr. 4, 1923.)

Diagnose.

Hämatologische Notizen.

Nach Prof. P. Morawitz (Würzburg).

Die Leukopenie beim Bauchtyphus ermöglicht schon in Frühstadien die Differentialdiagnose gegenüber Meningitis, Sepsis, Tbc. usw. Wichtig ist auch das Verschwinden der Eosinophilen. Eine Krankheit, bei der die Eosinophilen normal oder gar vermehrt sind, kann kein Typhus sein (Naegeli). Leukozytose im späteren Verlauf bedeutet eitrige Komplikation.

Eosinophilie wird namentlich von amerikanischen Autoren als Zeichen einer Eiweißanaphylaxie aufgefaßt. Man findet sie bei gewissen Hautkrankheiten (chronischen Ekzemen, Urtikaria, Pemphigus), bei angioneurotischem Ödem, bei Scharlach nach Ausbruch des Exanthems (sonst sind bei Infektionskrankheiten trotz Leukozytose die Eosinophilen verringert!), ferner fast bei allen Wurminfektionen (wichtig besonders bei Verdacht auf Trichinose), bei Asthma bronchiale und exsudativer Diathese.

Monozytose (Vermehrung der großen Mononukleären) kann praktisch wertvoll sein zur Diagnose einer chronischen Malaria oder sporadischer Pockenfälle, bei welchen Krankheiten die Monozyten fast stets bedeutend vermehrt sind (10- bis 20%). Ferner sei auf die Monozytenangina (W. Schultz) hingewiesen, eine ziemlich schwere, mit eitrigen Tonsillarbelägen und länger dauerndem hohen Fieber einhergehende Angina, meist mit Milztumor und schwerem Krankheitsgefühl verlaufend. Im Blute oft gewaltige Monozytose. Dieser prognostisch günstige Zustand kann leicht für akute Leukämie gehalten werden, wenn man die Monozyten mit Myelo- oder Lymphoblasten verwechselt.

Dem Arnethschen Blutbild liegt folgender Gedankengang zu Grunde: Die neutrophilen Leukozyten stammen von Zellen mit ovalem, bläschenförmigem Kern ab, den Myelozyten. Diese kommen normalerweise nur im Knochenmark vor; bei starker Reizung des Knochenmarkes (Anämien, Infektionskrankheiten mit Leukozytose) finden sie sich spärlich auch im Blute und reichlich bei myeloischer Leukämie. Durch Umgestaltung des Kernes zunächst in Stäbchenform und dann in mehrere Segmente

entstehen aus den Myelozyten die polynukleären (= neutrophilen) Leukozyten. Je jünger also ein Leukozyt, um so einfacher ist seine Kernform. Die aus diesen richtigen Voraussetzungen sich ergebenden Schlußfolgerungen haben sich aber in der Praxis als zu unsicher erwiesen und das Verfahren auch als zu mühevoll.

Die Hämoklasieprobe nach Widal zur Prüfung der Leberfunktion läßt sich zur Diagnose diffuser Leberschädigungen (Toxinwirkung, Ikterus, Stauungsleber, Cholangitis usw.) verwerten. Eine Stunde nach Genuß von 200 cm³ Milch zeigt der Gesunde eine leichte Leukozytose, der Leberkranke hingegen einen Leukozytensturz, verbunden mit leichter Blutdrucksenkung.

Methämoglobinämie nach Vergiftungen (Chlorkali, Anilin, Phenazetin, Phenolkörper usw.) zeigt spektroskopisch im Orange einen charakteristischen Streifen. Das Blut ist schokoladefarbig. Patient ist intensiv zyanotisch, fast blau, jedoch ohne entsprechende Dyspnoe.

Akute hämolytische Anfälle entstehen nicht nur nach Vergiftungen mit Morcheln (Helvellasäure), Arsenwasserstoff, Extr. filic. maris usw., beim Schwarzwasserfieber (tropischer Malaria), sondern häufiger nach Bluttransfusionen, wenn der Empfänger das Blut des Spenders zunächst agglutiniert und dann auflöst. Unter Schüttelfrost, Fieber, manchmal auch heftigen Nierenschmerzen wird das Hämoglobin durch den Harn ausgeschieden. Schon während der Transfusion kann es zu Zyanose, Dyspnoe und heftigen Brust- und Rückenschmerzen kommen. Man muß sich daher vor der Transfusion durch folgende einfache Probe überzeugen, ob das Blut des Spenders nicht agglutiniert wird: In ein kleines Reagenzglas gibt man vier Tropfen einer 1½%igen Lösung von Natr. citricum in physiologischer Na Cl-Lösung, ferner einen Tropfen Spender- und neun Tropfen Empfängerblut. Man schüttelt um und mikroskopiert nach zehn Minuten, indem man auf dem Objektträger einen Tropfen der Blutmischung mit einem Tropfen Kochsalzlösung verdünnt. Ist Häufchenbildung der Erythrozyten eingetreten, so ist der Spender unbrauchbar.

Bei manchen, sonst gesund aussehenden Menschen treten nach Abkühlung (kalte Füße!) hämolytische Anfälle in Form der paroxysmalen Hämoglobinurie auf. Im Blute findet man ein gegen die eigenen Erythrozyten gerichtetes Hämolysin (Autolysin), das sich in der Kälte an die Erythrozyten bindet. Es kommt dann zur Komplementfixation und damit zur Hämolyse. Ein großer Teil dieser Fälle hat früher Lues mitgemacht und zeigt positive WaR.

Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten nach Fahrens (Zitratblut in Reagenzgläschen à 1 cm³; normale Höhe der Plasmaschicht über den sich abgelagerten Erythrozyten nach einer Stunde: 3 mm bei Männern, 5 mm bei Frauen) ist beschleunigt bei Gravidität, Infektionen, Tumoren usw. und ermöglicht somit in unklaren Fällen Differenzierung zwischen funktionellen und organisch bedingten Störungen. Insbesondere findet man Beschleunigung bei aktiver Tbc., namentlich nach kleinen Tuberkulindosen (0.03 bis 0.1 mg). (M. m. W. Nr. 1 und 3, 1923.)

Eine Jodreaktion im Harn bei Typhus

wurde von Petzetaki angegeben. Pivano (Turin) fand bei der Nachprüfung die Reaktion schon in der ersten Woche positiv, auch in serologisch negativen Fällen, deren Diagnose durch die Obduktion bestätigt wurde. Spezifisch ist die Reaktion allerdings nicht, da sie auch bei febriler Tbc. positiv ausfällt; sie ist aber ein einfaches und praktisches Hilfsmittel: Zu 15 bis 20 cm³ filtrierten Harns tropft man zwei bis drei Tropfen einer

5% Jodtinktur und bewirkt durch Beklopfen der Eprouvette, daß sich die Jodlösung nur 2 bis 3 cm tief mit dem Harn vermengt. Goldgelbe Farbe der oberen Harnschicht nach einigen Minuten bedeutet positiven Ausfall. (Minnerva med. Nr. 6, 1922.)

Ein neues Symptom beginnender Lungentuberkulose.

Jacono fand sehr häufig in den Anfängen von Erkrankung der Lungenspitzen eine lebhafte Schmerzhaftigkeit der ersten Zwischenrippenräume gegen Fingerdruck von der Achselhöhle aus und erklärt diese Erscheinung mit einer frühzeitigen Beteiligung des Rippenfelles an der Erkrankung. (Riforma med. 1923, 23.)

Subphrenischer Abszeß — Röntgenuntersuchung.

Einen subphrenischen Abszeß eröffnet man womöglich vom Rippenbogen aus, nur, wo dies nicht möglich ist, transpleural, da hier Infektion der Pleura droht. Jedoch soll die Eröffnung nicht durch die freie Bauchhöhle hindurch erfolgen; man muß also die Ausdehnung des Abszesses möglichst genau feststellen. Das geschieht am sichersten nach Sommer (Zwickau) durch Röntgendurchleuchtung. Legt man den Kranken auf die gesunde Seite, so wandert die über dem Abszeß stehende Gasblase immer nach dem höchsten Punkt der Abszeßhöhle. Durch Umlagerung, Drehung, eventuell leichte Beckenhochlagerung des Kranken kann man also den Umfang der Abszeßhöhle gleichsam „abtasten" und feststellen, ob der Abszeß mehr nach vorn zu gelegen ist, oder ob er so hoch abgekapselt ist, daß nur ein transpleurales Vorgehen in Frage kommen kann. — Ist der subphrenische Abszeß nicht gashaltig, so sind die röntgenologischen Erscheinungen (einseitiger Zwerchfellhochstand mit stark beschränkter oder aufgehobener respiratorischer Verschiebung) zunächst nicht eindeutig. Man macht in solchen Fällen die Probepunktion (eventuell vor dem Röntgenschirm), läßt etwa 30 cm^3 Eiter ab und spritzt durch die liegenbleibende Nadel etwa eben so viel Luft ein, worauf man, wie oben beschrieben, das Verhalten der Gasblase weiter studieren kann. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 6, 1923.)

Aus der Praxis.

Die medikamentöse Behandlung der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre (Urethritis acuta anterior).

Von Dozent Dr. A. Perutz (Wien).

Da die Gonokokken sich sehr bald an die sie schädigenden Substanzen (Silberpräparate) gewöhnen, müssen wir die Medikamente wechseln und für jedes Stadium jenes Medikament wählen, das vor allem dem mikroskopischen Befunde entspricht.

Intern verwendet man a) die ätherischen Öle und Harze, b) die sogenannten Harndesinfizientien. Klinisch wirken die ätherischen Öle und Balsamika 1. entzündungshemmend (von Winternitz experimentell begründet), 2. sekretionshemmend (die nach Adrenalininjektion in den Lymphsack von Fröschen erzeugte mächtige Hautdrüsensekretion wird durch Ol. santali lokal sistiert — Kofler und Perutz), 3. krampflösend und 4. anästhersierend. Die diuretische Wirkung ist nicht sicher experimen-

tell ergründet. Ad 3. konnte ich an überlebenden Genitalorganen der Ratte nachweisen, daß Erregungen der glatten Muskulatur durch ätherische Öle zum Abklingen gebracht werden können. Diese Mittel wirken aber nicht auf die glatte Muskulatur selbst, sondern auf die in diesen Organen befindlichen autonomen Ganglienzellensysteme (Perutz).

Die ätherischen Öle sind also indiziert bei übermäßiger Sekretion, bei starken Schmerzen und Krämpfen und zur Ruhigstellung des erkrankten Organs (durch Lähmung der autonomen Ganglienzellen). Da ich mich experimentell überzeugen konnte, daß diese Wirkungen auch bei lokaler Applikation eintreten, führe ich das Ol. santali in Form einer 1‰igen Emulsion mittels Tripperspritze als „aqua santali" in die vordere Harnröhre ein und vermeide dadurch die Nebenwirkungen der internen Medikation.

Zu den Harndesinfizientien gehören, das Natr. salicyl. (vier Pulver à 0.5 täglich), das Salol, das Urotropin und seine Ersatzpräparate. Ferner verwendet man die harntreibenden Tees (Fol. uvae ursi, herb. herniaria, radix ononidis), um die Harnröhre durch die gesteigerte Diurese zu reinigen.

Auf Grund experimenteller Überlegungen empfahl ich als Lähmungsmittel für die glatte Muskulatur des Genitaltrakts das Papaverin, das aber nur in größeren Dosen (viermal täglich 0.05 bis 0.08) wirkt, ferner das völlig ungiftige, wasserlösliche Benzylderivat Akineton (sechs bis acht Tabletten täglich; für alle Krampfzustände der glatten Muskulatur empfehlenswert!) und den sonst als Antiaphrodisiacum verwendeten Monobromkampher, jedoch in etwas größerer Dosis (0.2 bis 0.3). Die Papaverin- respektive Akinetontherapie als Prophylaktikum gegen das Fortschreiten des gonorrhoischen Prozesses kann sehr gut mit obigen Harndesinfizientien kombiniert werden. Hingegen wirkt das von Schindler empfohlene Atropin in kleinen Dosen durch Reizung der autonomen Ganglienzellen sogar anregend auf die glatte Muskulatur.

Die gebräuchlichen Silberpräparate wirken teils desinfizierend, teils adstringierend. Zu den Silberdesinfizientien gehören die Silbereiweißverbindungen Protargol, Hegonon, Argonin, Choleval usw. Sie enthalten das Silber nicht in ionisierter Form, sondern als komplexes Molekül gebunden und lösen in vitro die Erythrozyten auf (Perutz). Silberadstringentien sind die Silbereiweißpräparate Albargin, Argentamin, Ichthargan. Sie agglutinieren die Erythrozyten in der Eprouvette. Reine Adstringentien sind schwefelsaures Aluminium, Zink- und Kupfersulfat, Kaliumpermanganat, Argentum nitricum.

Im ganz akuten Stadium (starke eitrige Sekretion, heftige Schmerzen, Genitalödeme) gibt man zunächst nur interne Medikamente, eventuell die schmerzlindernden und sekretionshemmenden ätherischen Öle. Sind die ganz akuten Symptome, besonders die Ödeme abgeklungen, so ist als erstes Medikament kein Silberpräparat einzuspritzen, sondern am besten, die früher erwähnte 1‰ige Emulsion von Ol. Santali, die ich kurz „Aqua santali" nennen möchte. Sie wird durch den Pat. selbst zweistündlich mittels Tripperspritze durch sechs bis acht Tage in die vordere Harnröhre eingespritzt, bis der Ausfluß fast ganz geschwunden ist. Der Erfolg ist ganz eklatant. Weniger wirksam ist Aqua foeniculi, das daher in Kombination mit Adstringentien am besten wie folgt kombiniert wird: Rp. Zinc. sulfocarbol. 0.5, Resorcin 0.25, Aqu. foeniculi ad 200.0.

Sind die akuten Symptome vorüber, oder setzt die Gonorrhoe nicht so stürmisch ein, so verwende man zunächst die Silberdesinfizientien, und zwar am besten ¼% Protargol wie folgt: Pat. uriniert, reinigt sich dann zweckmäßig zunächst die Harnröhre mit einer halben bis einer Spritze

3%iger Borsäurelösung, die er nach einer Minute wieder herausläßt und injiziert sich nun das Protargol, das drei bis fünf Minuten behalten werden muß. Diese Prozedur wiederholt er früh, mittags und abends. Sind 200 cm^3 Protargol verbraucht, so gibt man als zweites Präparat ebenso Argonin 0.75/200, dann Hegonon 0.75:200.0, dann Choleval 1:200, hierauf wieder Protargol 1:200, dann Argonin 1.25:200, dann Hegonon 1.5:200, schließlich wieder Protargol, Argonin, Hegonon, Choleval je 2.0:200. Nun folgen dreitägige Pause und mikroskopische Sekretuntersuchung.

Gleichzeitig mit dem Beginne der Spritztherapie sollen auch die Janetschen Spülungen gemacht werden. Sie wirken mechanisch reinigend, ferner je nach Druck und Menge hyperämisierend und in letzter Linie chemisch, je nach dem Medikament. Anfangs verwende man eine ganz dünne, lauwarme Permanganat- oder eine 3%ige Borsäurelösung, später, gegen Ende der Anteriorbehandlung Arg. nitr. 1:10.000 bis 1:2000, Argonin 1:4000, Choleval 1:1000 bis 1:500, Protargol 1:4000 bis 1:1000.

Verdünnungstabelle nach Pulvermacher,

Um eine Lösung bestimmter Konzentration zu erhalten, nehme man vor einer 10%igen Lösung auf 1 l Aqua. dest.:

2,5 cm^2	auf	1 Liter	=	0,05 200	— 1/4000
3 3 cm^2	„	1 „	=	0,075/200	— 1/3000
4,0 cm^2	„	1 „	=	0,1/200	— 1/2000
10 cm^2	„	1 „	=	0,2/200	— 1/1000
15 cm^2	„	1 „	=	0,3/200	— 1/750
20 cm^2	„	1 „	=	0,4/200	— 1/500
25 cm^2	„	1 „	=	0,5/200	— 1/400
50 cm^2	„	1 „	=	1/200	— 1/200

Als Suspensorium verwende man am besten das von Neisser angegebene. Es muß den Hoden heben und darf nicht, worauf Asch hinweist, den Penoskrotalwinkel einschnüren, um nicht gerade an dieser Stelle der Harnröhre zu Abszessen zu führen.

Ist man mit der Behandlungsreihe der Silberdesinfizientien fertig und ergibt das mikroskopische Präparat, daß die Gonorrhoe sich noch in einem subakuten Stadium befindet, so kommen für die Weiterbehandlung die Silberadstringentien in Betracht. Albargin 0.05:200, Ichthargan 0.07:200. Argentamin 0.1:200, Albargin 0.15:200, Ichthargan 0.15:200, Argentamin 0.15:200, hierauf Albargin, Ichthargan und Argentamin, jedes davon in der Konzentration 0.2 auf 200. In diesem Stadium werden wir gleichzeitig mit der vom Patienten selbst vorzunehmenden Injektionsbehandlung der vorderen Harnröhre Druckspülungen mit Albargin 1:4000 bis 1:1000, Ichthargan oder Protargol in derselben Konzentration vornehmen.

Wenn man in der Behandlung so weit ist, so schaltet man eine dreitägige Pause ein und untersucht das Sekret, eventuell die Filamente. In diesem Stadium müssen keine Gonokokken mehr mikroskopisch nachzuweisen sein, es müssen im mikroskopischen Bilde die Charaktere des postgonorrhoischen Katarrhs: reichlich Schleim, Epithelzellen und Mikroorganismen sich finden. Die Behandlung dieses Stadiums erfordert die Präparate, die wir als reine Adstringentien kennen gelernt haben. Wir verwenden hier das Zincum sulfocarbolicum, Alumen crudum aa 0.5 bis 2.0:200, Kalium hypermanganicum 0.05 bis 0.2:200, Cuprum sulfuricum 0.2 bis 0.5:200, Argentum nitricum 0.05 bis 0.1:200. Gleichzeitig machen wir dem Patienten Spülungen mit Argentum nitricum 1:10.000 bis 1:2000. Dies wäre ungefähr das Schema der Behandlung der Urethritis acuta anterior.

Bei den Komplikationen der vorderen Harnröhrengonorrhoe (die Gonorrhoe profunda, lakunäre Prozesse und Erkrankungen der Littreschen Drüsen) kommt die Behandlung mittels Massage auf Dittelstiften mit nachfolgender Spülung in Betracht, bei negativem Gonokokkenbefunde Dilatationsbehandlung mit Kollmanns Anteriordilatator und Elektrolyse oder Argentumätzung vereinzelter hartnäckiger Herde im Endoskop. Weiche Infiltrate werden mit Spülungen, elastischen Bougies, später mit Metallsonden, harte mit Bougies und Sonden behandelt.

Paraurethrale Gänge werden elektrolytisch (2 MA ein bis zwei Minuten), galvanokaustisch oder mittels Exzision behandelt. Bei Entzündungen der Cowperschen Drüsen werden wir im akuten Stadium antiphlogistisch vorgehen, dann warme Sitzbäder, resorbierende Salben (Ichthyol, Unguentum argenti colloidale, Hycarcoll), Spülbehandlung der Anterior nach leichter Massage der Drüsen am Damm verordnen.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe soll nur dann vorgenommen werden, wenn Gonokokken nachgewiesen wurden oder wenn die Partnerin sicher gonorrhoisch infiziert war. Sie soll nicht nach dem dritten Tag post coitum einsetzen und nur dann, wenn das Sekret nur spärlich serös oder molkig-schleimig ist. (Mikroskopischer Befund: Zahlreiche Epithelien und extrazellulär liegende Gonokokken. Zweigläserprobe: Erste Portion flockig, zweite Portion ganz klar). Technik (nach Blaschko) 8 bis 10 cm³ 2% Albarginlösung oder 3% Hegonon oder 4% Protargollösung werden nach dem Urinieren mittels Tripperspritze in die vordere Harnröhre eingeführt und dort drei bis fünf Minuten belassen. Wird diese Prozedur ohne Reizerscheinungen vertragen, Wiederholung am folgenden wie auch am dritten Tage. Schwinden nach drei Tagen die Gonokokken nicht, gewöhnliche Tripperbehandlung. Nach gelungener Abortivkur ist eine acht- bis zehntägige Kontrolle notwendig. Zurückbleibende, nicht Gonokokken enthaltene Sekretion, kann mit milden Adstringentien (Aqua santali, Zinc. sulfocarbol. 0.5, Resorcin 0.25, Aqua formendi aa 200 oder Kaliumpermanganatspülungen 1:2000) beseitigt werden.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

97. Bei Gonorrhoe werden Eigenblutinjektionen empfohlen: ich glaube, Entnahme von 2 cm³ Blut aus der Kubitalvene, die sofort subkutan injiziert werden. Wie oft kann man das machen? Bei welchen Krankheiten hilft das? Dr S. in M.

98. Bitte um Angabe eines Mittels gegen den quälenden Reizhusten bei Erkältungslaryngitis. Dr. S. in M.

99. Sechs Wochen altes Brustkind erkrankt an Furunkulose. Nach Inzisionen und Eichenrindenbädern Heilung. Kann die gebrauchte Kautschukeinlage (als äußere Hülle der Tetrawindel) ätiologisch in Betracht kommen, weil nach Ersatz dieser Kautschukeinlage durch eine Windelhose aus Mosetigbattist die Furunkulose angeblich sofort zu Ende war? Dr. K. in W.

100. Welche Therapie ist gegen die Schwindelanfälle auf arteriosklerotischer Basis einzuschlagen? Wie erzielt man eine Herabsetzung des Blutdruckes? Dr. R. P. in T.

101. Kann die vorsichtige Einführung eines Spekulums im vierten Monat einer Schwangerschaft, die der Arzt übersehen hat, einen Abortus auslösen? Es trat nämlich am sechsten Tage nach der wegen Fluors vorgenommenen Untersuchung eine Blutung auf, welche von der Patientin als Abort aufgefaßt wurde, was aber ärztlich nicht nachgewiesen werden konnte. Die Sache hat ein gerichtliches Nachspiel.
Dr. B. in B.

102. Hier wurde jüngst ein kräftiger Knabe (5 kg) mit stark entwickelten beiden unteren inneren Schneidezähnen geboren. Was sagt die Literatur dazu? Wie ist diese seltene Anomalie aufzufassen?
Dr. L. W. in S.

103. Vor Monaten las ich in einer ärztlichen Zeitschrift die Beschreibung eines Uterus-Okklusivpessars, das zufolge seiner glücklichen Konstruktion (Platte im Uterus, daran Silkwormfaden; während der Menses durch Verlängerung des Fadens automatisches Freiwerden der Zervix) während der Menstruation liegen bleiben könnte. Wo stand die Beschreibung? Wo ist das Instrument zu haben?
Dr. K. G. in S.

104. Was ist der „Jerusalemer Balsam“? Nach dem Lexikon der gesamten Therapie von Marle (Guttmann) soll es Tinctura benzoes compos. sein, nach Hell Tinctura balsamica? Dr. T. H. in W.

105. Bitte um Angabe der Literatur über Eifersucht vom medizinischen und soziologischen Standpunkt. Dr. K. in Z.

106. 18jähriger Patient hat seit etwa drei Jahren beiderseits in der Nasolabialfalte je einen 2 cm breiten roten Streifen, der so aussieht, als wäre er etwa durch den Rand der Bierschen Saugmaske hervorgerufen. Auf Druck und Zug verschwindet die Rötung. Außer leichter Schuppung läßt die Epidermis keinerlei Veränderung erkennen. Höhensonne, Schälkuren, Arsen blieben erfolglos. Ich nehme an, daß es sich um eine Affektion des N. facialis handelt. Dr. E. in J.

107. Eine an inaktiver Lungentuberkulose leidende Patientin erkrankte an Grippe mit enzephalitischen Erscheinungen und Pneumonie. Die Pneumonie kommt nicht zur Lösung und besteht bereits über vier Wochen. Ein anderer Patient, der im Vorjahre wegen Tbc. in Anstaltsbehandlung war, sich aber sehr gut erholt hat, erkrankt an Grippe und geht in kurzem an Meningitis zugrunde. Haben andere Kollegen auch beobachtet, daß die heurige Grippe stärker aktivierend auf Tbc. einwirkt? Dr. O. L. in W.

108. Nach welchen Prinzipien sind Säuglinge und Kleinkinder in subtropischen Gegenden zu ernähren? Literatur darüber?
Dr. D. in T.

109. Ich habe im Anschluß an einen akuten Magendarmkatarrh vor 19 Jahren eine atonische motorische Insuffizienz des Magens aquiriert. Am Morgen zeigt die Ausheberung bei leichter Diät nur Magensaft, keinen Nahrungsrest. Im Sommer muß mit Wasserklistieren zur Stillung des Durstes nachgeholfen werden, da der Magen verspätet den Inhalt befördert. Als Folge der Erkrankung Anämie und Abmagerung. Ist Operation anzuraten? Gastroenterostomie? Gefahr der Magenparalyse? Dr. R. F. in T.

110. Bei kräftiger, 37jähriger Patientin besteht Hypertonie (RR 165 mm). Lungen-, Herz- und Harnbefund normal. Seit etwa sechs Monaten bestehen Beschwerden, wie Jucken in der Nase, reichlich dünne

Absonderung aus derselben, lästiges Niesen, besonders des Morgens beim Erwachen, selbst Stunden hindurch, Gefühl der Verstopfung in der Nase bis Lufthunger, dabei Beklemmung in der Herzgegend. Spezialistische Nasenuntersuchung und -behandlung ohne Erfolg. Hingegen ist nach Aderlaß (120 cm^3) der beschriebene Schnupfen prompt geschwunden. Erklärung? Dr. L. S. in S.

111. Diathermieapparat mit Motor für Gleichstrom und Wechselstrom mit Vierzellenbad und allen Elektroden zu verkaufen.
Dr. Th. Weis, Graz IV., Strauchergasse 22.

112. 30jähriger Privatbeamter klagt über „Ausdünstung eines übelriechenden Gases aus seiner Haut". Besonders bei Erregung verbreite er einen üblen Geruch und spüre zuweilen sogar gleichzeitig ein Kribbeln am Rücken und glaube daher, daß ein Gas in Form von Bläschen durch seine Haut ausgeschieden werde. Der schlechte Geruch falle auch Kollegen und Fremden, die ins Zimmer treten, auf. Wenn die Leute dann darüber klagen, daß es im Zimmer stinke (wie nach einem brennenden Fetzen oder wie eine Kloake), so beziehe er diese Bemerkungen auf sich, werde erregt und stinke noch mehr. Er fühlt sich natürlich sehr unglücklich und hat Selbstmordgedanken. Die objektive Untersuchung ergibt nichts Krankhaftes, keine Ozaena, keine belegte Zunge, keine kariösen Zähne, keine Hyperidrosis, keine Tbc., keine Lues. Patient mager, Neurastheniker. Ich selbst habe nie den üblen Geruch wahrgenommen, obwohl Patient behauptete, daß er eben jetzt stinke. Ich verordnete Calcium lact., Atropin, Bromnatrium ohne Erfolg, ebenso Kohlensäurebäder. Von anderen Ärzten waren verschiedene Einreibungen verordnet worden, die ebenfalls keinen Erfolg hatten. Um was kann es sich handeln und wie kann man dem Kranken helfen? Dr R. in T.

113. Welches ist die beste Methode, um Eiter und Eiweiß in demselben Urin zu unterscheiden? Geht Eiter nicht durch Papierfilter? Ist Eiweißprobe im filtrierten Urin beweisend für Eiweiß?
Dr. T. K. in R.

114. Manche Patienten wünschen im Sommer braune Gesichtsfarbe. Gibt es dafür eine unschädliche Salbe? Woraus besteht „Braunolinsalbe", „Gänsehäufelsalbe" usw. (Hypermangan?).
Dr. T. K. in R.

115. Wie läßt sich die konsekutive Entzündung des Hodens, respektive des Ovariums bei Parotitis epidemica erklären? In der Literatur findet sich darüber nichts. Krause meint: „Weshalb gerade Hoden und Nebenhoden besonders für das Mumpsgift empfänglich sind, darüber ist zurzeit noch nichts bekannt." Dr. A. V. in B.

116. Vierjähriger Knabe erkrankte an Taenien. Kusso und Kamala ohne Erfolg. Die Einnahme von Extr. filic. mar. und Filmaronöl verweigert das Kind. Einverleibung mit Schlundsonde wegen einer Pharynxaffektion unmöglich. Pillen kann das Kind nicht schlucken. Was wäre zu tun? Dr. A. V. in B.

117. Welches Buch kann zur praktischen Orientierung über das Pirquetsche Ernährungssystem empfohlen werden?
Dr. M. S. in W.

118. Ich habe seit einem halben Jahre einen Patienten mit Marie-Strümpellscher Krankheit in Behandlung. Es wurden bisher versucht Proteinkörpertherapie (Milch- und Schwefelinjektionen), Leukotropin (Mendel), Yatren-Kasein, Kuren in Trencin, Wiesbaden, Busk und andere, aber leider ohne Erfolg. Ich bitte um Rat. Dr. R. in B.

Antworten:

Ad 232. Enuresis. Fast sicher wirkt: Rp. Tinctur. Rhois aromat. 10.0, Syrup. hypophosphoros. ad 100.0. Dreimal täglich einen Kaffeelöffel.

Dr. A. **Geiger**, Kramsach.

Ad 345. Listerine ist eine Lösung von Eukalyptusöl, Wintergreenöl, Menthol, Thymol und Borsäure in verdünntem Alkohol. Es wird von der „Lambert Pharmacal Company" nicht angegeben, wieviel von diesen Ingredientien das Mittel enthält. Dr. H. **Boshouwers**, Valparaiso.

Ad 353. Pessaranpassung. Ein solches Instrument ist in Amerika unter dem Namen „Calibrator" von H. Kelly (Baltimore) bekannt. Es ist nach Art eines Handschuhdehners konstruiert und abgebildet auf Seite 295 von Kellys „Operative Gynäkologie". Dr. H. **Boshouwers**, Valparaiso.

Ad 2. Die Sterilisation dieser Terpentinlösung wird in einem gut schließenden Salbentiegel oder in einer weithalsigen Glasstöpselflasche im Trockensterilisator bei 120° vorgenommen, da nicht zu befürchten ist, daß das Oleum terebinthin., welches erst bei 155 bis 165° siedet, sich hiebei verflüchtigt. Die Sterilisationsmethoden von Arzneimitteln hat C. Stich in „Bakteriologie und Sterilisation im Apothekerbetriebe" (Berlin 1904) eingehend behandelt. Professor Dr. J. **Hockauf**, Wien.

Ad 4. Impotentia coeundi. Von mehreren Seiten infolge der Notiz „Ad 4" in „Ars Medici" 1923, S. 86, um Näheres ersucht, will ich hier nur kurz anführen, daß mein im Jahre 1912 konstruierter Apparat gegen Impotenz seitdem in über 500 Fällen von psychischer, relativer, neurasthenischer Impotenz, bei Ejaculatio praecox, bei beginnender seniler Impotenz, ja sogar solatii causa bei paralytischer Impotenz mit bestem Erfolge verwendet wurde. Ausführliches darüber in meinen Arbeiten „Mechanische Therapie der Impotenz" in Nr. 21 und 22, 1912 der „Österr. Ärzte-Zeitung", ferner in „Neuerungen auf dem Gebiete der Impotenztherapie" in Exzerpta medica Nr. 10, 1913. Der Apparat ist durch Patente geschützt, durch jedes Instrumentengeschäft oder durch mich zu beziehen.

Dr. S. **Spiegel**, Prachatitz.

Ad 4. Bei der Behandlung allgemein neurasthenischer Zustände und sexualneurasthenischer Erscheinungen hat sich mir schon bei früheren Gelegenheiten die Anwendung organotherapeutischer Mittel auffallend bewährt. Insbesondere habe ich Erfolge erzielt bei der Bekämpfung depressiver Zustände, bei einer Reihe von Vasoneurosen, bei Erschöpfungserscheinungen. Hieher zähle ich auch die Symptome, die uns in mannigfacher Schattierung auf dem großen Gebiete der Impotenz und verwandter Zustände begegnen. Hier wirken die Organpräparate vielfach besonders günstig in Kombination mit anderen, speziell das Herz und Gefäßsystem beeinflussenden Mitteln. Eine solche, sehr glücklich gewählte Kombination stellt das Testosan dar, dessen wirklich eklatante und kaum versagende Wirksamkeit wohl zum größten Teil in der gleichzeitigen Wirkung seiner Hauptbestandteile — spezifischer Organextrakt und Yohimbin — begründet ist. Das Anwendungsgebiet des Testosans wie des Ovosans wird sich also erstrecken sowohl auf die Bekämpfung der Involutionsbeschwerden des männlichen und weiblichen Klimakteriums als auch auf die Bekämpfung von nervösen Erschöpfungszuständen, deren innersekretorische Ätiologie oft erst an der Wirksamkeit dieses Organpräparates nachträglich zu erkennen ist. Dozent Dr. P. **Biach**, Wien.

Ad 13. Gichtische Schmerzen. Versuchen Sie intravenöse Einspritzung von Leukotropin („Ars Medici" 1922, S. 391 und 1923, S. 122).

Dr. F. **Langguth**, Oeynhausen.

Ad 19. Neosalvarsaninjektion in Krampfadern habe ich wiederholt ohne Schaden gemacht. Auch andere Mittel habe ich in Krampfadern eingespritzt. Dr. F. **Langguth,** Oeynhausen.

Ad 23. Chloroformreste habe ich gegen frisches Chloroform in der Apotheke umgetauscht, welche es zur Herstellung von Einreibungen verwenden kann. Dr. F. **Langguth,** Oeynhausen.

Ad 30. Von Autohämotherapie bei Skabies ist mir nichts bekannt. Von Spiethoff wurde bei urtikariellen, stark juckenden Zuständen folgendes Verfahren empfohlen: Aus der Kubitalvene werden 5 bis 10 cm^3 Blut entnommen und sofort tief in den Glutäus injiziert. Die Erfolge sind nicht überzeugend. Wenn sie vorhanden sind, so dürften sie nur der allgemein bekannten Proteinkörper- und Kolloidwirkung (Luithlen) zuzuschreiben sein. Dr. H. **Temple,** Wien.

Ad 31. Arteriosklerose und Jod. Wenn auch in Anbetracht des über viele Jahre und Jahrzehnte sich erstreckenden Verlaufes der arteriosklerotischen Veränderungen mit spontanen Intermissionen und Exazerbationen sich über die Wertung therapeutischer Maßnahmen schwer ein Urteil bezüglich des propter hoc gewinnen läßt, so hat die Empirie dennoch den Nutzen der Jodmedikation ergeben und sie findet nach wie vor eine ausgebreitete Anwendung. Das Jod bewirkt eine Verflüssigung und Verminderung der Viskosität, hiedurch eine Verminderung der inneren Reibung des Blutes nach Alfred Müller und Inada, nach Huchard eine Erweiterung der peripheren Gefäße und eine Herabsetzung des Blutdruckes. Es erfolgt hiedurch eine bessere Durchblutung der vom arteriosklerotischen Prozeß befallenen Organe und in der Folge eine Verringerung und selteneres Auftreten der diesbezüglichen Beschwerden. Von Wichtigkeit ist die Technik der Anwendung des Jods: einschleichende kleine Dosen, Anwendung derselben über längere Zeit (monate- und jahrelang) mit Einschiebung von Pausen behufs Vermeidung einer kumulierenden Wirkung. Während der Jodmedikation empfiehlt sich die Vermeidung saurer Speisen sowie eine kochsalzarme Nahrung. Wo Syphilis der Krankheit zugrunde liegt (luetische Arteriosklerose), sind große Dosen (2 bis 3 g täglich) angezeigt. Stetige Beobachtung des Patienten, besonders im Beginne der Kur, ist wegen eventueller Komplikationen notwendig. Dem Jodismus kann durch entsprechende Verordnung des Jodes unter Zugabe von geringen Mengen von Natrium bicarbonicum sowie von Tinctura Belladonae, der Jodkachexie durch rechtzeitiges Aussetzen vorgebeugt werden. Vor der schematischen Anwendung des Jodes bei jedem Falle von Arteriosklerose ist wie vor jeder indikationslosen Therapie zu warnen. Arteriosklerotische Herzinsuffizienz sowie eine arteriosklerotische Schrumpfniere verlangen eine Herztherapie. Als Kontraindikationen der Joddarreichung gelten: selbst leichteste Fälle von Morbus Basedowi (in jüngster Zeit von Neisser trotzdem empfohlen), Struma (wegen eines eventuell auftretenden Basedow) und Schrumpfniere. Diese Einschränkungen vorausgesetzt, sind nach dem Urteil der Mehrzahl der kompetenten Beobachter des letzten Dezenniums günstige Resultate bei leichter Angina pectoris, initialer Sklerose der Hirnarterien (Dyspragia cerebralis) sowie bei arteriosklerotischen Unterleibsstörungen (Dyspragia intestinalis intermittens) zu erzielen. Die Darreichung der Lugolschen Lösung (Jodi puri 0.10, Kalii jodati 1.0, Aqu. dest. 10.0; zweimal täglich fünf bis zehn Tropfen in etwas Wasser) hat sich mir in den letzten Jahren bei Arteriosclerosis cerebri bewährt. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 31. An der Leipziger Universitätsklinik für innere Medizin unter Geheimrat von Strümpell habe ich längere Zeit alle Fälle von Arteriosklerose mit Jod in den verschiedensten Präparaten behandelt und bin zu dem Schluß gekommen, daß wir in dem Jod ein wirklich gutes Präparat gegen die Arteriosklerose haben, zumal es ein wirklich spezifisches Mittel nicht gibt. Besonders gut hat sich Jodomenin bewährt, ein Kasein-Jod-Wismuth-Präparat, das etwa 10% Jod enthält. Es wird durch verdünnte Säuren nicht angegriffen, kann also den Magen nicht belästigen und wird erst bei fortschreitender Verdauung im Darm unter Einfluß des alkalischen Darmsaftes unter Jodalkaliabgabe gespalten. Keine der bekannten Jodschädlichkeiten (Jodismus) trat auf; alle Patienten rühmten den guten Geschmack des Präparates. Nach den klinischen Erfahrungen gibt man das Jodomenin dreimal täglich in der Dosis von ein bis zwei Tabletten. Es empfiehlt sich, in jedem Monat acht Tage mit der Darreichung zu pausieren und alle drei Monate einen ganzen Monat. Auch nachdem es während eines Zeitraumes von ein bis zwei Jahren gegeben ist, soll man Jodomenin mit Unterbrechungen weitergeben.

Dr. **Rönigk,** Magdeburg.

Ad 34. Kälte-Urtikaria. Anamnese! Lues hereditaria? Siehe Derm. Wschr. Nr. 21, 1922, „Wind- und Kälteurtikaria bei Lues hereditaria" von Dr. R. Wagner. — Sonst kommen die üblichen Allgemeinmaßnahmen gegen urtikarielle Zustände in Betracht, Kalzium intern oder venös (Afenil). Von lokaler Behandlung ist nicht viel zu erwarten. Dr. H. **Temple,** Wien.

Ad 35. Das „Insulin" (Patentname „Iletin") erzeugt die Firma Eli Lilly & Co. in Indianopolis, U. S. A., in 5-cm^3-Ampullen. Preis einer Ampulle Dollar 2.50. Dosis (maximum) dreimal täglich 1 bis 1.2 cm^3 eine halbe Stunde vor dem Essen. Das Insulin ist sehr schwer zu bekommen Zu näheren Mitteilungen bin ich bereit. Dr. A. **Laszlo,** New York.

Ad 35. Insulin wird von der Lövens Kenüske Fabrik in Kopenhagen, Amagertorv 33, hergestellt. Die Versuche sind, wie die Fabrik mitteilt, noch nicht abgeschlossen und das Mittel daher erst in einem halben Jahre lieferbar. Dr. E. **Schneider.** Aussig.

Ad 36. Aderlaß. Weite Kanülen, kurz geschliffen, vor dem Gebrauch mit sterilisiertem Paraffinum liquidum durchspritzen.

Dr. F. **Langguth,** Oeynhausen.

Ad 41. Periodische Gesichtsschwellung. Zum Zahnarzt schicken! Sobald das kranke Zahnfleisch in Ordnung ist, hören die Anfälle von Gesichtserysipel auf. Zur Anregung der Menstruation Sitzbäder mit kohlensaurer Sole. Dr. **Lepa,** Königsberg.

Ad 42. Geschwür nach Pockenimpfung. Im mitgeteilten abnormen Vakzinationsprozeß hat sich aus der Impfpustel ein gangräneszierendes Geschwür gebildet, ein außerordentlich seltenes Vorkommnis. Zirkumskripte Hautnekrosen bei Vakzinationen unter Hinterlassung entstellender Narben sind hie und da beobachtet worden. Verursacht werden diese unerwünschten Erscheinungen nicht so sehr durch verunreinigende Begleitbakterien als vielmehr durch übermäßige Applizierung einer allzu sehr konzentrierten, hochvirulenten Lymphe, wobei die Kutis durch die Impflanzette lädiert wird. Als indirekte ursächliche Faktoren können Lues, Tuberkulose, lymphatische Diathese mitkonkurrieren.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzmann.

Ad 44. Hyperidrosis. Fußbäder mit Sublimatlösung (2:200; einen Eßlöffel zum Bade; drei Tage hintereinander, dann seltener; bei sehr

zarter Haut danach Zinkpuder) beseitigen in sehr kurzer Zeit nicht nur die Hyperidrosis der Füße durch Abtötung der hier eingenisteten Bakterien, sondern gleichzeitig schwindet auch die so unangenehme Feuchtigkeit der Hände. Bei Achselschweißen der Damen war der Erfolg nicht so befriedigend; Einpudern mit Rad. iridis, der man Rosencreme hinzufügt. — Bei schmerzhaften tiefgreifenden Rhagaden, die in einem Falle schon zur Amputation eines Fußes geführt hatten, war der Erfolg der Sublimatbäder ausgezeichnet; hier wurden die wunden Ränder der Rhagaden, um schnellere Heilung anzuregen, noch mit Pyoktanin. caerul. (1:30) bepinselt und in einigen Wochen Heilung erzielt. Hühneraugen und Schwielen werden verkleinert, doch muß hier noch weiches, überfettetes Bleipflaster (von O. Sklatter, Berlin) angewandt werden.

Dr. **Lepa**, Königsberg.

Ad 45. **Ameisensäuretherapie.** Bezüglich der Verwendung von Ameisensäure, bzw. eines Kombinationsproduktes von Ameisensäure mit Kongruenten paralleler Wirkung verweise ich auf die vom Injektosan-Werk (Berlin-Wilmersdorf) ausgegebene Literatur. Das Indikationsgebiet ist sehr reichhaltig, die Wirkung oft verblüffend positiv; schädliche und quälende Nebenerscheinungen wurden bis jetzt nirgends hervorgehoben. Ich selbst habe einige Tausend intramuskuläre Injektionen verabfolgt und bin mit der Wirkung sehr zufrieden. Dr. H. **Gress**, Kork i. Baden.

Ad 46. **Ohrgeräusche nach antirabischen Injektionen.** Der einzige Patient meiner Praxis, der in Kairo gegen Tollwut geimpft wurde, erzählte mir vor zwei Jahren, seine Ohrgeräusche, an denen er seit zehn Jahren leide (Otosklerose) seien durch die Impfung auffallend verschlimmert worden. Er habe seither auch ein schlechteres Personen- und Namengedächtnis. Sein ebenfalls geimpfter Sohn sei seither laut Mitteilung des Lehrers in der Schule schlechter als bisher.

Dr. M. **Schlegel**, Tübingen.

Ad 47. **Arteriosklerotische Lungenblutung** ist ein sehr seltenes Vorkommnis. Sie wurde im Verlaufe chronischer Nierenentzündungen beobachtet. So hat Surges unstillbaren Bluthusten in einem Falle interstitieller Nephritis, ebenso hat Eichhorst lebhaften Bluthusten mehrfach bei Urämie auftreten gesehen. Eine arteriosklerotische Lungenblutung in den ersten Stadien einer chronischen Nephritis habe ich nur einmal beobachtet. Die Genese der Hämoptoe war anfangs in Anbetracht des sonst negativen Befundes unklar und klärte sich erst im weiteren Verlaufe auf. Der Patient starb nach längerer Beobachtungszeit unter urämischen Symptomen. — Über das Vorwiegen der Hämorrhagien an arteriosklerotischen Gehirnarterien im Vergleiche zu anderen Körperregionen wäre folgendes anzuführen: Da die die innere Kapsel und die basalen Großhirnganglien versorgenden Arterien unmittelbar von der Arteria cerebri media und anterior abzweigen, und diese senkrecht von der Carotis interna abgeht, so sind diese Gefäße Blutdruckschwankungen im Bereiche der Carotis leicht ausgesetzt und erkranken häufig an Miliaraneurysmen. Letztere führen leicht zu Hämorrhagien in den Zentralganglien und ihrer Umgebung (Capsula interna). Die Arteria striolenticularis wurde mit Recht als „die Arterie der Hirnhämorrhagie" bezeichnet. — Die größte Zahl der Nasenblutungen geht besonders vom vorderen und unteren Abschnitt der knorpeligen Nasenscheidewand, dem locus Kieselbachi, aus. An dieser Stelle (mitunter auch am vorderen Boden der Nasenhöhle) finden sich kleine erweiterte und oberflächlich gelegene Gefäße, so daß ein Epitheldefekt hinreicht, um ein Gefäß zu verletzen. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 53. Gegen Pollutionen bei Gonorrhoe. Neben den allgemein diätetischen Maßnahmen ist vor allem auf regelmäßige Stuhlentleerung zu achten. Als unschädliche Medikamente zur Vermeidung der Erektionen und Pollutionen bewähren sich meist die gewöhnlichen Sedativa allein und in Verbindung mit Antipyrin, etwa in der Form: Rp: Antipyrin. 5.0, Kalii bromati 15.0, Aqu. dest. ad 150.0 oder das (wie ich glaube, von Finger angegebene) Gemisch: Rp. Natrii bromati 10.0 bis 15.0, Camphorae ras., Lupulin. ana 0.5 bis 1.5. M. f. pulvis. Divide in dos. aequal. Nr. X. Signa: Früh und abends ein Pulver. Doch tritt die Wirkung meist erst in zwei bis drei Tagen in Erscheinung. In schweren Fällen und zur Erzielung sofortiger Wirkung ist ein Versuch mit Papaverin per os oder als Injektion recht empfehlenswert. Die Narkotika (Morphin, Belladonna und ihre Kombinationen) wären nur in den hartnäckigsten und schwersten Fällen anzuwenden. Dr. E. **Kornitzer,** Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 54. Buch über Lumbalanästhesie. Professor Dr. M. v. Bruns „Die Lumbalanästhesie" als 29. Band der „Neuen deutschen Chirurgie", Verlag Enke, Stuttgart 1922. Dr. E. **Kornitzer,** Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 57. Tylositas. Verwenden Sie „Pedifix" (Gummischwamm mit Gummiband zum Halten); außerdem gutes, passendes Schuhwerk.
Dr. F. **Langguth,** Oeynhausen.

Ad 57. Zuerst Salizylpflasterapplikation durch etwa zwei Wochen. Dann gutsitzende luftdichtschließende Diachylonsalbenverbände. Nach einigen Tagen läßt sich gewöhnlich die harte Haut in toto abziehen. Nachher Schonung! Dr. H. **Temple,** Wien.

Ad 60. Die Übertragbarkeit der Masern beschränkt sich auf die kurze Zeit vor Ausbruch des Exanthems bis höchstens acht bis zehn Tage nach Auftreten des Ausschlages. Die Übertragung erfolgt nur durch unmittelbaren Verkehr mit dem Kranken. In der Rekonvaleszenz besteht somit keine Infektionsgefahr mehr. Das Isolieren der Kinder kommt für diese selbst meist schon zu spät, verhindert aber das weitere Verschleppen der Krankheit, bevor die eventuell schon infizierten Kinder ihrerseits infektionsfähig werden. **D. Red.**

Ad 65. Magenleiden mit üblem Mundgeruch. Die mitgeteilte Krankengeschichte läßt vor allem einen Status neurasthenicus vermuten. Dafür sprechen die Klagen über den schlechten Mundgeruch und die Beunruhigung durch das Kollern im Magen und im Darme. Das mitgeteilte Untersuchungsresultat, speziell die Nische im Duodenum, läßt weiters die Möglichkeit eines Ulcus duodeni zu. Solches entsteht ja sehr häufig bei Magenneurasthenikern. Die Behandlung muß natürlich in solchen Fällen eine individuelle sein und im Beginne mehr Schonungstherapie im Sinne einer Ulkusbehandlung vornehmen; also Bettruhe durch zwei Wochen, flüssige Kost usw. Wenn aber die Beschwerden bei gleichzeitiger Verwendung von Sedativis (Bromnatrium, Atropin) sich bessern, muß zu einer groben Kost mit Schrotbrot, rohem Obst und reichlich Gemüse übergegangen werden. Wenn einmal eine regelmäßige Stuhlfunktion ohne Nachhilfe erreicht ist, werden meist auch die Beschwerden sehr günstig beeinflußt, auch wenn eventuell Ulkuszeichen röntgenologisch noch weiter vorhanden sind. Dozent Dr. S. **Bondi,** Wien.

Ad 65. Besteht Chlorose? Fieber? Mund, Nase, Rachen? Eiterfluß aus der Tube? Ösophagoskopie? Diabetes? Bei negativen Resultaten: Brechmittel: Rp. Tartari stibiat. 0.15, Aqu. dest. 80.0, Sirup. Kermes 10.0. M. D. S. Viertelstündlich ein Drittel einnehmen. Die ersten 24 Stunden

strenge Diät; dann: Rp. Pepsini 4.0, Acidi hydrochlor. dilut. 2.0, Sirup. Cort. Aurant. 20.0, Aqu. dest. ad 200.0. M. D. S. Mittags und abends während der Mahlzeit einen Eßlöffel in Wasser einzunehmen. Gemischte Diät, Vermeidung von Kaffee, Tabak und Alkohol.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 68. **Für die operative Behebung einer Retroflexio uteri läßt sich** mit Rücksicht auf eine folgende Gravidität als abdominelle Operation die nach Doleris empfehlen. Sie besteht in einer Verkürzung der runden Mutterbänder durch Schlingenbildung und Anheftung dieser an der Fascia externa nach Durchleitung durch die Bauchdeckenmuskulatur.

Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 72. **Mandibularanästhesie.** Eine ernstere Gefahr bei richtig ausgeführter Mandibularanästhesie bei Gesamtverbrauch von 2 cm^3 Novokain-Adrenalin besteht an und für sich nicht. Die Möglichkeit des Anstechens der Vena alveolaris inferior kann vermieden werden, wenn man sich dicht an den Knochen hält, und gehört auch so zu den Seltenheiten. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß durch das Tasten mit der Nadel in zu großer Exkursion ein kleiner Nebenast verletzt wird, der in das lockere Bindegewebe des Spatium pterygomandibulare blutet, von wo aus dann eine Blutaspiration denkbar wäre. Eine Schädigung des Auges käme bei unrichtig ausgeführter Tuberanästhesie in Betracht. In der Fossa pterygopalatina befindet sich ein mächtiges Venengeflecht, das sich bis in die Fossa infratemporalis fortsetzt. Ich hatte Gelegenheit, einen Fall einer Thrombose der Vena centralis im Anschluß an eine Tuberanästhesie zu beobachten. Bei der Anästhesie am Foramen infraorbitale kann es zu vorübergehender Lähmung eines Augenmuskelnerven kommen. Man hütet sich am besten vor derartigen Unannehmlichkeiten, wenn man bei der Injektion den Knochen nicht verläßt.

Professor Dr. B. **Klein**, Wien.

Ad 74. **Esbach-Probe.** Die Erklärung für das Obenbleiben des Niederschlages besteht in etwas größerem spezifischem Gewicht des Urins und einer Temperatur nahe bei 4° C. In solchen Fällen kommt das leichtere Sediment auch ohne Gasbildung an die Oberfläche, wie ich ebenfalls in einem Falle vor drei Jahren beobachtete.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 75. **Alkoholinjektion bei Larynxtbc.** Ich habe zahlreiche Alkoholinjektionen in den Nerv. laryng. sup. gegen Dysphagia tuberculos. laryng. gemacht und niemals in den Fällen, in welchen die Schmerzen nachließen, also in den Fällen, in denen anzunehmen war, daß der Nerv gut getroffen wurde, eine Aspiration von Ingesta in stärkerem Maße beobachtet. Es kommt allerdings manchmal vor, daß die Patienten, wenn sie hastig trinken oder essen, sich etwas leichter verschlucken, doch pflege ich den Kranken nach der Injektion zu sagen, sie mögen die erste Zeit beim Trinken etwas vorsichtig sein. Ich habe dieser Art niemals eine Komplikation etwa in Form einer Aspirationspneumonie gesehen, auch in jenen Fällen nicht, wo ich die Injektion doppelseitig, jedoch nicht in einer Sitzung, ausführte. Dozent Dr. K. **Kofler**, Wien.

Ad 75. Auch die beiderseitige Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus superior bewirkt keine komplette Anästhesie, sondern nur eine Analgesie des Kehlkopfinnern. Es kommt auch nicht zu einem vollständigen Erlöschen der Reflexe, sondern nur zu einer Herabsetzung derselben. Meines Wissens sind Aspirationspneumonien als unmittelbare Folge der Alkoholinjektion bisher nicht beschrieben worden. Haben Sie aber doch Bedenken, dann lassen Sie vielleicht zwischen der Injektion der

einen und der anderen Seite ein Intervall von etwa zehn Tagen verstreichen. Primarius Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 79. Die rektale Therapie ist für viele Fälle anzuempfehlen, in denen Medikamente per os nicht vertragen werden und andere Einverleibungsweisen nicht möglich sind. Sie kann in Form von medikamentösen Klysmen oder Suppositorien erfolgen. Die Wahl der Dosen hat zu berücksichtigen, daß viele Medikamente beim Passieren der Leber eine Abschwächung ihrer Wirkung erfahren, daher bei der Resorption durch den Mastdarm stärker wirken. Dagegen gelangt nicht selten bei rektaler Applikation wegen der früher eintretenden Darmentleerung nur ein Teil des Heilmittels zur Resorption; auch kann — dies gilt besonders für Klysmen — die Resorption zum Teil in höheren Darmanteilen vor sich gehen. Im allgemeinen gilt die gleiche Dosierung wie für die orale Applikation. Jedenfalls sollen die Medikamente in den leeren Mastdarm eingeführt werden, außerdem in verdünntem Zustande. Letzteres ist besonders wichtig bei häufigerer Anwendung schleimhautreizender Mittel. Zugabe von Opium ist dann zu empfehlen, wenn das Medikament nicht behalten wird. Die in der Anfrage erwähnten Heilmittel können sowohl als Suppositorien wie als Klysmen verordnet werden. Beispiele: Digipurat 1 cm^3 in 10 cm^3 Wasser, zwei- bis dreimal täglich als Klysma. Rp. Pyramidoni 0.3, Olei Cacao qu. suff. ut fiat suppositor. Da tales doses usw. (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 100. — D. Red.).

Professor Dr. R. **Wasicky**, Wien.

Ad 80. Anästhesie bei Panaritien-Operation. Leider fehlt bisher ein gutes Lehrbuch der „kleinen Chirurgie", das die angeregten Fragen in allen Einzelheiten beantworten würde. Ich selbst operiere Panaritien, wenn der Finger in nicht zu großer Ausdehnung ergriffen ist, in Oberstscher Leitungsanästhesie, das heißt es wird jederseits seitlich an der Basis des Fingers der Nerv mit ½%iger Novokain-Suprareninlösung infiltriert. Größere und besonders ossale und tendinöse Panaritien sind nur im Ätherrausch zu operieren. Das Wesentliche ist, sich nicht mit dem Hautschnitt zu begnügen, sondern: Haken einsetzen, die Wunde in allen Nischen freilegen, Nekrosen entfernen, nicht tamponieren, sondern durch Einlegen von Billroth-Battist-Streifchen die Wunde offen halten. Ist einmal die Sehnenscheide vereitert, dann ist die Abstoßung von Teilen der Sehne kaum je ganz zu verhindern. Durch die Tamponade wird aber die Sehne noch mehr geschädigt (vgl. diese Nummer, Seite 155. Die Red.). Biers kleine Stichinzisionen haben sich mir nicht bewährt; ich bevorzuge große Schnitte. Dr. L. **Moszkowicz**, Facharzt f. Chir., Wien.

Ad 85. Rezidivierende Analfissur. Da kein Ekzem vorliegt und immer die alte Fissur einzureißen scheint, wird wohl eine Sphinkterdehnung zur endgültigen Ausheilung der Striktur nötig sein, worüber ein Chirurg zu befragen wäre. Professor Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 87. Gallenblasentumor. Da chronischer Hydrops der Gallenblase, respektive Gallenstauung doch am wahrscheinlichsten ist, empfiehlt sich neben diätetischer und körperlicher Schonung Öltherapie, Salzsäure und Atropin; letzteres in Form der weniger giftigen Derivate: Novatropin, Eumydrin, Troparin usw. Prüfung der Pankreasfunktion ist bei längerer Dauer ratsam; therapeutisch Pankreon in größeren Dosen nach den kleinen häufigen Mahlzeiten. Professor Dr. G. **Singer**, Wien.

Ad 90. Gesichtsrötung und Fieber zur Zeit der Menses. Derartige Fälle wurden schon wiederholt beobachtet. Vgl. z. B. die Abhandlung von V. Kroph über „Erkrankungen der Haut und deren Beziehungen zu den

Geschlechtsorganen des Weibes“ in den „Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin“ von Frankl-Hochwart, Noorden und Strümpell, Bd. II, S. 431, Verlag Hölder, Wien und Leipzig 1913.
Dozent Dr. J **Novak**, Wien.

Ad 90. Es handelt sich um eine Dermatosis dysmenorrhoica (symmetrica?) (Matzenauer-Polland). Wahrscheinliche Ursache: Dysfunktion der Ovarien, bzw. pluriglanduläre Insuffizienz. Therapie: Ovaraden-Triferrintabletten (Knoll). Lokal: Burow. Vor dem Ausbruch der Dermatose eventuell Versuch mit Darreichung von Kalkpräparaten, Afenil intravenös, dreimal täglich zehn Tropfen einer 1 pro mille Adrenalinlösung.
Dr. G. **Schallinger**, Brünn.

Ad 91. Salivation und Aerophagie. Versuchen Sie Atropin oder dessen Derivate Novatropin oder Eumydrin. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 92. Chronische Obstipation. Versuch mit Hormonal kann gemacht werden. Doch ist bei „spastischen Magendarmzuständen“ Hormonal strenge kontraindiziert, weil es den Spasmus nur noch vermehrt.
Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 93. Das Erbrechen nach Morphin oder Pantopon kann man am zuverlässigsten durch Beifügung von Atropin zu diesen Mitteln verhindern.
Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 97. Eigenblutinjektionen. Literatur über die Eigenblutbehandlung der Infektionskrankheiten nach Nourney: Derm. Wschr. 1919, S. 379. — Derm. Wschr. 1921, S. 1317. — Derm. Wschr. 1922, S. 985. — Münch. m. W. 1921, S. 1521. — Fortschr. d. Med. 1920, Nr. 2, 1921, Nr. 2, 1922, Nr. 13, 1922 Nr. 24/25. — Der prakt. Arzt 1922, Nr. 7. — Zahnärztl. Rundsch. 1922, H. 46.
Dr. L. **Wolff**, Wiesbaden.

Ad 98. Reizhusten bei akuter Laryngitis. Wenn die Anfälle sehr lästig werden, lassen Sie einen Spray von Anaesthesinum hydrochlor. ½% mit etwas Adrenalin inhalieren. Im übrigen konsequente Beobachtung der kausalen Therapie: Wärmeapplikation von außen und innen (letzteres durch reichlichen Genuß warmer Getränke, eventuell Diathermie), Dampfinhalation eines frisch bereiteten Infusum Althaeae oder Chamomillae, Vermeiden des Genusses aller kalten Getränke und stark gewürzter Speisen, Stimmschonung und — last not least — Nasenatmung.
Primarius Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 99. Säuglingsfurunkulose. Es ist tatsächlich bekannt, daß das Gummituch, welches den Säugling ringsum luftdicht abschließt und die Verdunstung von Schweiß, Harn usw. verhindert, eine häufige Ursache der Säuglingsfurunkulose ist. Man lehre daher die Mütter, die Kautschukeinlage nur als Unterlage zur Schonung der Bettwäsche zu verwenden, die Bauchseite jedoch vom Gummi frei zu lassen, damit hier Luft zutreten könne. Wir haben das schon in „Ars Medici“ 1920, S. 455, näher ausgeführt.
D. Red.

Ad 100. Schwindelanfälle können, insofern sie zirkulatorischen Ursprungs sind, ebenso die Folge akuter Drucksteigerung wie akuter Drucksenkung sein. Es wäre daher vor allem wichtig, den Kreislaufzustand im Anfalle mit dem außerhalb des Anfalles zu vergleichen. Im Schwindelzustand ist absolute Ruhe (bei möglichst horizontaler Lage) das beste Mittel. Besteht im Anfalle Drucksteigerung, dann sind blutdruckherabsetzende Mittel meist von gutem Einfluß, im Falle der Drucksenkung sind einige Tropfen Strophantus zu empfehlen. Die Behandlung der Blutdrucksteigerung habe ich in „Ars Medici“ Nr. 1, 1923 besprochen. Dazu ist zu bemerken, daß es sehr fraglich ist, ob in einem Falle von chronischer

bleibender Drucksteigerung (permanente Hypertonie) eine Herabsetzung des erforderlichen Betriebsdruckes überhaupt am Platze ist.

Hofrat Professor Dr. J. **Pal**, Wien.

Ad 101. Gegen die Einführung eines Spekulums in der Gravidität ist gar nichts einzuwenden. Die Spekulumuntersuchung kann sicherlich nicht die unmittelbare Veranlassung zur Auslösung des Abortus bilden. Da psychische Erregungen bei labilen, durch ihre besondere Körperbeschaffenheit disponierten Frauen hie und da einen Abortus auslösen können, so wäre es vom theoretischen Standpunkte möglich, daß unter Umständen jede ärztliche Untersuchung, welche die Patientin in Aufregung versetzt, einen Abortus begünstigt. Im vorliegenden Falle spricht aber schon das relativ lange zeitliche Intervall gegen einen derartigen, theoretisch konstruierten Zusammenhang.

Dozent Dr. J. **Novak**, Wien.

Ad 102. Angeborene Zähne gelten als Dentitio praecox, nicht als Hyperdentitio (letzteres wäre die noch immer fragliche dritte Zahnung). Sie sind zu Unrecht als besondere Seltenheiten geschätzt und scheinen besonders bei großen Kindern nicht so überaus selten zu sein. In allen beglaubigten Fällen hat es sich um die unteren mittleren Schneidezähne gehandelt, die auch sonst einen etwas ungleichmäßigen, gar nicht selten verfrühten Durchbruch aufweisen. Als Ursache dürfte eine endokrine Wachstumsbeeinflussung in Betracht kommen. Praktisch haben sie wenig Bedeutung. Weil bei ihrer oft verzögerten teilweisen Ablösung leicht Entzündungen des Zahnfleisches auftreten, ist es besser, sie bald zu entfernen.

Professor Dr. F. **Kermauner**, Wien.

Ad 106. Rötung in der Nasolabialfalte. Aus der Beschreibung läßt sich leider keine Diagnose stellen. Professor Dr. L. **Freund**, Wien.

Ad 108. Säuglingsernährung in subtropischem Klima. Die Prinzipien der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern in subtropischen Gegenden sind wohl die gleichen, wie sie sonst maßgebend sind. Auf natürliche Ernährung während der Säuglingsperiode (mit entsprechender Zufütterung vom fünften Monate an) muß dort besonderes Gewicht gelegt werden. Im übrigen wird man in Anbetracht der hohen Temperaturen von einer ausschließlich und länger andauernden konzentrierten Ernährung nur vorsichtig Gebrauch machen. Falls sich die Kinder wegen zu hoher Temperaturen nur wenig im Freien, bzw. in der Sonne aufhalten können, ist auf rechtzeitige Verabreichung von vitaminhaltigen Nahrungsmitteln (Gemüse, Obst), bzw. von Vitaminen in Form von Zitronensaft und Lebertran besonders zu achten. Besondere Literatur für subtropische Gegenden ist mir nicht bekannt.

Dozent Dr. E. **Nobel**, Wien.

Ad 109. Atonische Mageninsuffizienz. Aus der Schilderung des Kollegen geht nicht hervor, ob es sich wirklich um eine motorische Insuffizienz handelt. Es fehlt die Angabe, ob eine Probemahlzeit (z. B. die Leubesche) die normale Sechs- bis Siebenstundenzeit überschreitet oder ob ein Sechsstundenrest vorliegt. Die Anwesenheit von Magensaft in geringen Mengen im nüchternen Magen beweist nichts. Mengen über 50 cm^3 würden allerdings auf eine krankhafte Hypersekretion hindeuten. Bevor der Rat zur Gastroenterostomie gegeben wird, müßte zunächst eine gründliche Untersuchung der Magenfunktionen und der Röntgenbefund vorliegen. Von der Gefahr einer drohenden Magenparalyse kann keine Rede sein.

Geheimrat Professor Dr. I. **Boas**, Berlin.

Ad 110. Hypertonie und Nasenleiden. Eine sichere Erklärung kann ich nicht geben. Es wäre vor allem eine genaue Funktionsprüfung der Nieren und ein gynäkologischer Befund notwendig. Handelt es sich etwa um präklimakterische Erscheinungen? Dann wäre alles verständlich. Ist die Hypertonie konstant oder schwankend? Es könnten auch Störungen im vegetativen Nervensystem schuldtragen.

Hofrat Professor Dr. N. **Ortner**, Wien.

Ad 112. Übelriechende Ausdünstung. Der Tatbestand der stinkenden Ausdünstung ist nach Ihrer Mitteilung nicht nur nicht gesichert, sondern im vorliegenden Falle sogar höchst unwahrscheinlich. Somit gewinnt die Annahme sehr an Wahrscheinlichkeit, daß es sich um krankhafte, paranoide Vorstellungen bei Ihrem Patienten handelt, der offenbar auch an Beziehungswahn leidet. Üble „Ausdünstungen“ können bei manchen Leuten infolge einer Schweißdrüsenanomalie vorkommen. Solange in Ihrem Falle die üble Ausdünstung nicht objektiv festgestellt ist, erscheint jede lokale Therapie zweck- und sinnlos.

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 117. Buch über Pirquets Ernährungssystem. Sehr empfehlenswert, einfach und klar geschrieben ist die kurze Broschüre (zwölf Seiten) von Dozent E. Nobel „Grundzüge des Pirquetschen Ernährungssystems“, Verlag J. Safar, Wien—Leipzig, 3. Auflage 1921. Hiezu Professors C. Pirquets „Pelidisitafel“ im gleichen Verlage. **D. Red.**

Medikamente.

Atrocal, eine Kombination von Atropin und Calcium in Tablettenform, ist ein äußerst wirksames internes Heilmittel gegen Schnupfen; besonders jene Form, deren Hauptsymptom die Rhinorrhoe ist.

Im „Atrocal stark“ (größerer Atropingehalt der sonst gleich zusammengesetzten Tabletten) kommt die Synergie der beiden Komponenten zu besonders guter Wirkung; die Entzündungshemmung durch das Kalzium erfährt eine Förderung durch das sekretionsmildernde Atropin und die lähmende Wirkung des letzteren auf den Vagus wird durch das Kalzium unterstützt, welches die sympathischen Nervenendigungen erregt. So ist der Indikationsbereich des „Atrocal stark“ ein weiter; alle auf Vagotonie, beruhenden Krankheitszustände gehören hieher, ferner Heuschnupfen, Bronchoblenorrhoen, chronische Enteritiden (Ortner, Wiesel).

Besonders gekennzeichnete Kindertabletten ermöglichen die Anwendung des Atrocal in der Pädiatrie, wo die akute Rhinitis, namentlich bei Influenza, Morbillen, und die Äußerungen der exsudativen Diathese ein dankbares Feld für den Gebrauch des Mittels bilden.

(Erzeugungsstelle: Chemisch-pharmazeutisches Laboratorium der Rathausapotheke, Wien I.)

Auf Grund äußerst günstiger Urteile von Hanszel und Cemach (Anwendung bei Schnupfen), Ortner und Wiesel (Anwendung bei Internkranken), Leiner, Magyar (Kinderpraxis) habe ich die Atrocalpräparate seit einigen Monaten in vielen Fällen verschrieben. Ihre Wirkung ist meist eine eklatante, Versager sind selten, unangenehme Nebenerscheinungen nie zu beobachten; sie sind den Kollegen als besonders wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zu empfehlen. Medizinalrat Doktor Stransky, Wien.

„Confidol" ist ein Antikonzipiens, in dem die wirksamen Bestandteile (eine Kalichinolinverbindung mit Borsäure, Weinsäure, Essigsäure und essigsaurer Tonerde) mit einem wässerigen Pflanzenschleimpräparat als Konstituens zu einer dickflüssigen Masse vereinigt sind. Es bedeutet den pulver- bzw. den tablettenförmigen Mitteln wie auch den Suppositorien gegenüber einen Fortschritt, da erstere nur wenn sie sich im Vaginalschleim lösen, ihre Wirksamkeit entfalten, letztere durch die Wasserunlöslichkeit ihres fettartigen Konstituens ihre Wirksamkeit herabsetzen; Confidol dagegen enthält nur wasserlösliche Substanzen in bereits gelöster Form und wirkt sofort nach der Applikation. Zur Einführung dient ein mit kleinem Gummiballon versehenes Mutterrohr (Injektor), das gerade die notwendige Dosis (3 cm^3) faßt. — Erzeuger: „Pharmasal", Chem.-pharm. Fabrik, Hannover, Eispalast (Goethebrücke). (Gildemeister, Ztsch. f. ärztl. Fortbldg. Nr. 8, 1921; Luda, Allg. Mediz. Central.-Ztg., Nr. 50 bis 52, 1922.)

Salvysat Bürger, eine aus frischen Fol. Salviae durch Dialyse gewonnene Flüssigkeit, bewährte sich nach Katz im Moabiter Krankenhaus (Berlin) als wirksames Mittel gegen die Nachtschweiße der Phthisiker. Dosierung: Dreimal täglich 15 Tropfen in etwas Wasser durch einige Tage, eventuell mit mehrtägigen Pausen nach jeder Woche mehrere Wochen hindurch. Keinerlei unangenehmen Nebenwirkungen. Wirksamer als Atropin, Agaricin, Kampfersäure u. dgl. (Die Ther. d. Gegenw., H. 2, 1923.)

Tonophosphan (Cassella & Co., Frankfurt a. M.), ein ungiftiges, gut dosierbares (Ampullen à 0.005 und 0.01 = ½ und 1%ige Lösung zur subkutanen Injektion) organisches Phosphorpräparat erwies sich nach Wirth an der orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M. als dem P-Lebertran bedeutend überlegen, bei Rachitis der Kinder und Erwachsenen, Osteomalazie und zur Anregung der Kallusbildung. Besonders auffallend ist das prompte Schwinden der Schmerzen bei Rachitis tarda und Osteomalazie schon nach wenigen Injektionen. (M. m. W. Nr. 7, 1923.)

Voluntal, ein neues Schlafmittel, ist ein weißes, fast geruchloses, nicht unangenehm schmeckendes, in Alkohol, Äther und Azeton leicht lösliches Pulver, welches sich in Wasser erst im Verhältnis 1:80 löst. Sein besonderer Wert liegt darin, daß es eine Kombination der beiden chemischen Gruppen darstellt, die bisher sich als die besten Schlafmittel erwiesen haben, der Chloralhydrat- und der Barbitursäuregruppe; Voluntal ist nämlich das Urethan des Trichloräthylalkohols. Miltner hat das neue Mittel bei mehr als 100 Frauen der Münchener Universitäts-Frauenklinik erprobt und fand, daß nach dreiviertel bis einer bis eineinhalb Stunden ein ruhiger, traumloser Schlaf eintritt, dem beim Erwachen erquickende Frische ohne jede Spur von Unbehagen oder Benommenheit folgt. Auch bei fortgesetzter Verordnung (jeden zweiten Tag) oder durch ein bis zwei Wochen täglichem Gebrauche keine Gewöhnung oder schädliche Nebenwirkung. Dosierung 0.5, wenn das nicht genügt 0.75 g; im Selbstversuch hat Verfasser 2.5 g ohne Schaden genommen. Man nimmt das Mittel am besten unter Nachtrinken eines Glases Wasser. — Erzeuger: F. Bayer & Co., Leverkusen bei Köln. (D. m. W. Nr. 3, 1923.)

Notizen.

Ärztliche Praxis in China. In China gibt es für 360 Millionen Einwohner nur 1500 Ärzte, die größtenteils in den Hafenstädten tätig sind. Bei genügender Kenntnis der chinesischen Sprache sind die Aussichten für deutsche Ärzte günstig. Das Deutsche Institut für ärztliche Mission in Tübingen gibt Gelegenheit, das Chinesische zu erlernen und erteilt Auskünfte an Interessenten. (Korr.-Bl. Württemberg Nr. 1, 1923.)

Gute Bücher.

W. Guttmann: „Medizinische Terminologie". 16. bis 20. Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien 1923. Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften mit 537 Abbildungen, 1328 Seiten. Wohl jedem Praktiker wird bei der modernen Fachlektüre der eine oder andere Ausdruck unterlaufen, dessen Sinn ihm nicht geläufig ist; ein Griff nach diesem Buche und er wird sofort die gewünschte Auskunft finden und dank diesem ausgezeichneten Buche oft erst imstande sein, den Sinn einer ganzen Arbeit zu erfassen. Die hohe Auflage des Werkes in relativ kurzer Zeit ist ein genügender Beweis für die Beliebtheit, die es in weitesten Kreisen gefunden hat.

R. Schindler (München): „Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie". Mit 45 Abbildungen im Text und 119 farbigen Bildern auf 20 Tafeln mit Tafelerklärungen. Verlag I. F. Lehmann, München, 1923. Grundpreis Mk. 11.— (derzeit zu multiplizieren mit der Schlüsselzahl 1400 für Deutschland). Auf die bedeutsamen Arbeiten R. Schindlers haben wir bereits im vergangenen Jahre hingewiesen (siehe „Ars Medici" Nr. 9, 1922, S. 428. „Ein neues Gastroskop".) Die Gastroskopie ermöglicht mühelos und ohne den Pat. mehr zu belästigen als etwa durch eine Magenausheberung die genaue Inspektion fast des ganzen Magens. Welche enorme Bedeutung dieser Methode namentlich für die Frühdiagnose des Karzinoms, für die Differentialdiagnose zwischen Ulkus, chronischer Gastritis usw. zukommt, das zeigen klar und deutlich vor allem die 119 prachtvollen farbigen Darstellungen des durch das Gastroskop erhobenen Befundes. Das grundlegende Werk, dessen Ausstattung dem Verlage alle Ehre macht, wird sicherlich bald seinen internationalen Weg machen.

Paul Cattani (Zürich): „Das Tatauieren". Eine monographische Darstellung vom psychologischen, ethnologischen, medizinischen, gerichtlich-medizinischen, biologischen, histologischen und therapeutischen Standpunkt. Mit 45 Abbildungen auf 16 zweiseitigen Tafeln. 88 Seiten. Verlag Benno Schwabe & Co., Basel 1922. Eine geradezu mustergültige Darstellung alles Wissenswerten über das Tätowieren. Insbesondere die wohl lückenlose Angabe aller therapeutischen Möglichkeiten zur Entfernung der Tatauierungen, die von vielen Trägern als peinliche Erinnerungen empfunden werden, dürfte jeden Praktiker interessieren. Auch die kosmetische Tatauierung (Auge, Haut) und deren Technik ist gebührend berücksichtigt.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise für 1923:

Für das I. Halbjahr 1923 portofrei:

Österreich K 12.000.—, **Deutschland** Mk. 5000.—, **Ungarn** ung. K 600.—, **Polen** poln. Mk. 8000.—.

Für 1923 ganzjährig portofrei:

Tschecho-Slowakei č. K 30.—, **Italien** Lire 12.—, **SHS.** Dinar 50.—, **Rumänien** Lei 100.—, **Schweiz** Fr. 8.—, **Frankreich** Fr. 10.—. **Skandinavien** skand. K 6.—, **Holland** h. fl. 4.—, **England und Kolonien** Sh. 6.—, **Amerika** Dollar $1^1/_2$. **Finnland** finn. Mk. 30.—. **Bulgarien** Lewa 100.—.

Die Jahrgänge 1911 bis 1922 kosten gebunden je K 20.000.—, Mk. 10000.—, č. K 30.—, poln. Mk. 15000.—. ungar. K 1200.—, Dinar 50.—, Lire 12.—, Lei 120.—, Fr. 8.—, skand. K 6.—, h. fl. 4.—, Dollar $1^1/_2$.

Leinen-Einbanddecken 1922 und früherer Jahrgänge K 8000.— Mk. 4000.—, č. K 5.—, Fr. 1.—, skand. K 1.—, h. fl. —.50.

☛ **Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens nd sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.**

Seit 1. Jänner 1923 erscheint auch eine Ausgabe der „Ars Medici" in **englischer Sprache.**
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

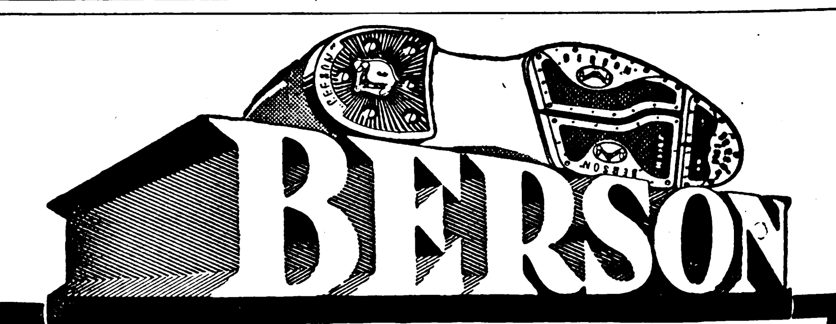
Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen



* An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.





BERSON

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Telephon 21563 **Wien IX., Spitalgasse 1A.**

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 5. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Mai 1923.

Interne Medizin.

Die Aortitis luica

ist, wie Prof. Schottmüller nochmals betont, nur durch energische Salvarsan-Quecksilbertherapie zu behandeln und zu heilen. Die Scheu vor genügend starken Salvarsandosen bei diesem Leiden ist ganz unbegründet. Verfasser hat im Jahre 1918 diese Behandlung eingeführt und berichtet jetzt über viele Fälle von dauernder, rückfallfreier Heilung. Bei zylindrischer Erweiterung der Aorta ist volle klinische und anatomische Heilung zu erzielen; bei Aortitis coronaria Besserung. Bei beginnender Aorteninsuffizienz ist ein Versuch immer angezeigt, denn zuweilen erfolgt Besserung, zuweilen Heilung; letzteres wohl dann, wenn die Insuffizienz nur eine relative ist, das heißt die Klappen noch nicht syphilitisch verändert sind, jedoch infolge der Erweiterung der Aorta und der Elastizitätsverminderung der Klappenschluß ein unvollkommener ist. Bei zahlreichen Fällen von Aneurysma ist Besserung oder Heilung eingetreten; z. B. hat eine 50jährige Patientin mit handbreiter Dämpfung, pulsierender Vorwölbung und sogar Rötung der Haut über dieser, Atemnot usw. alle diese Symptome (auch die Vorwölbung und Rötung der Haut!) prompt verloren.

Die Behandlung ist um so erfolgreicher, je früher sie beginnt (Wassermann!) und muß mindestens über drei Jahre ausgedehnt werden. Man verabfolgt zunächst 0.45 Neosalvarsan (bei Frauen 0.3). nach acht bis zehn Tagen gibt man 0.6 (bei Frauen 0.45) und so fort in Pausen von etwa sieben Tagen bis zur Dosis von 5 und sogar 8 g. Außerdem wöchentlich einmal Kalomel oder Hydrargyr. salicyl. (0.05 bis 0.1) oder Novasurol oder Cyarsal; letztere beiden Mittel injiziert Verfasser nicht in der Mischspritze, sondern venös gesondert vom Salvarsan, indem er die Kanüle nach der Salvarsaninjektion liegen läßt, eine zweite vorbereitete Spritze mit Novasurol oder Cyarsal ansetzt und dieses Mittel in die gleiche Vene nachspritzt. Nach Abschluß der Salvarsankur eventuell ein bis zwei Monate Jodkalium. Ist die WaR jetzt noch positiv oder sind die klinischen Erscheinungen noch erheblich, so gibt man weiter alle vier Wochen 0.45 bis 0.6 Neosalvarsan durch zwei bis drei Jahre. Ist das nicht durchführbar, so ist die intensive Kur von 5 g Neosalvarsan zweimal im ersten Jahre zu wiederholen, im zweiten und dritten Jahre mindestens je zweimal. Nach drei Jahren sind viele Fälle geheilt, doch empfiehlt sich weitere Beobachtung und — wenn nötig — Behandlung. Eine Schädigung durch diese intensive Behandlung hat Verfasser nie gesehen.

Die Aortitis luica ist eine so häufige und so mörderische Krankheit, daß frühzeitige Diagnosestellung und Verhaltung zu jahrelangen Kuren durch den Hausarzt Tausende Menschenleben erhalten könnte. (D. m. W. Nr. 6, 1923.)

Schräglage bei Bronchialerkrankungen.

Prof. Quincke hat für gewisse Formen von Bronchitis die Erhöhung des unteren Bettendes angeraten. Schaefer (Krankenhaus, Altona) berichtet über ausgezeichnete Erfolge dieser Behandlung bei Bronchiektasien (vgl. auch den Artikel „Bauchlage" in „Ars Medici", 1923, S. 148). Man läßt die Kranken am besten nach dem Erwachen durch einige Hustenstöße das in der Nacht angesammelte Sekret herausbefördern. Dann lagert man sie flach, erhöht das untere Bettende und legt den Kranken schräg auf die gesunde Seite. Das Bett selbst wird auch schräg gestellt, das Gesäß des Kranken durch untergeschobene Keilkissen erhöht, und schließlich werden Schulter und Kopf des Patienten auf einen neben das Bett gestellten Stuhl so gelagert, daß tatsächlich eine schräge Hängelage entsteht. Man beginnt mit halbstündiger Schräglage, später halten die Kranken die Lage bis zu zwei Stunden aus. Das anfangs bei Bronchiektasien massenhaft entleerte Sekret wurde bei dieser Behandlung bald spärlicher. Die meisten Kranken entleerten bei der Schräglage des Morgens ihr ganzes Tagessekret und waren dann den übrigen Tag hindurch frei von Husten und Auswurf. Ebensogut wie bei Bronchiektasie waren die Erfolge bei Lungenabszessen. Jedoch ist zu beachten, daß bei Lokalisation der Bronchiektasie oder des Lungenabszesses in den oberen Lungenpartien die Schräglage keinen Erfolg hat. Neben der Schräglagerung wurden als Therapie nur Menthol-Eukalyptol-Injektionen gegeben.

Besonders interessant ist der Fall einer 17jährigen Kontoristin, die seit vier Jahren an reichlichem, fötidem, äußerst stinkendem Auswurf litt. Sie hatte wegen des üblen Geruches ihres Sputums ihre Anstellung verloren und ihr Leiden wurde durch die verschiedensten Medikamente nicht gebessert. Die Untersuchung ergab Bronchitis, eine Bronchiektasie war weder klinisch noch röntgenologisch nachzuweisen. Eine dreiwöchentliche energische Schräglagerungsbehandlung brachte volle Heilung. (Klin. Wschr. Nr. 6, 1923.)

Cholelithiasis — Felamin.

Von Dozent A. Skutetzky (Prag).

Die Cholelithiasis entsteht durch Infektion vom Darm her (Naunyn). Das Primäre ist also der infektiöse Katarrh, das Sekundäre erst die Steinbildung und die Koliken. Aber auch in steriler Gallenblase können Steine entstehen, wenn sich in derselben cholesterinreiche Galle staut (Aschoff und Bacmeister). Die Interntherapie hat somit die Gallenstauung zu beseitigen und die Desinfektion der Gallenwege anzustreben, hingegen von jedem Versuch, die Steine aufzulösen als aussichtslos abzusehen. Diesen Forderungen entspricht am besten das Felamin (Sandoz, Basel), eine Verbindung von Urotropin mit sämtlichen in der Ochsengalle enthaltenen Gallensäuren. Letztere wirken cholagog, stuhlregulierend und fördern die Fettverdauung; das Urotropin desinfiziert durch Formaldehydabspaltung. Die mit Zucker dragierten Tabletten (à 0.3) werden dreimal täglich zu ein bis zwei Stück gegeben und müssen wegen des bitteren Geschmackes sofort geschluckt werden. Bei Harnblasenreiz (Formaldehydwirkung im sauren Harn) gebe man gleichzeitig ein Alkali, am besten Karlsbader Mühlbrunnen. Gute Resultate auch bei Icterus catarrhalis. (W. m. W. Nr. 7, 1923.)

Zur Digitalistherapie

rät v. Bergmann, sich nicht nach der Maximaldosis, sondern nach der individuell sehr schwankenden, optimalen Wirkung zu halten, ohne die Kumulationsgefahr zu überschätzen. Bei täglichen Infusmengen, die 1 g der titrierten Blätter entsprechen, soll man das Medikament solange verabfolgen, bis wirklich die pharmakologisch bekannten Wirkungen auf Herzmuskel, Kreislauf und Hirnzentren eingetreten sind. Es gibt Fälle, die erst bei über 30 g des Infuses deutliche Digitaliswirkung zeigen, während andere schon nach 2 g vermehrte Diurese, Bradykardie, Nausea aufweisen. (Ärztl. Verein in Frankfurt a. M., Sitzung vom 19. Februar 1923. Offiz. Prot. in M. m. W. Nr. 11, 1923.)

Für länger dauernde Kuren eignet sich nach Prof. N. Jagić (Wien) am besten Pulv. folior. digital. titr. mit Theobrominzusatz. Nur bei besonderer Empfindlichkeit des Magendarmtraktes kommt eines der teueren, modernen, von den Ballaststoffen befreiten Präparate in Betracht (Digipurat usw.). Infuse sind nur sehr beschränkt haltbar weshalb sie unbedingt täglich morgens frisch bereitet und mit 5% Alkoholzusatz versehen werden müssen; sie machen viel häufiger Magenstörungen als die Pulver. Bei venöser Stauung im Magen-Darmtrakt versagen per os häufig alle Präparate, weshalb sie am besten muskulär verabfolgt werden sollen. Man injiziert z. B. jeden zweiten Tag oder auch täglich 3 bis 5 cm^3 Digipurat, zwei bis drei Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes in der Fortsetzung der mittleren Axillarlinie, mit einer längeren Nadel, die bis an das Periost vorgestoßen wird. Diese Injektionen sind völlig schmerzlos und prompt erfolgreich. Toxisch kumulative Wirkungen sind bei genauer Beobachtung des Patienten leicht zu vermeiden. Bei plötzlicher Herzschwäche im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten (Pneumonie, Typhus usw.) ist Strophantin, Digipurat, Digifolin u. dgl. venös zu verabfolgen. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Diurese und Diuretika.

Nach einem Fortbildungsvortrag von Prof. Franz Müller (Berlin).

Über die Funktionsart der Niere hat jahrzehntelang der Streit zwischen den Anschauungen Ludwigs und Heidenhains getobt. Ersterer faßte die Niere als mechanischen Filter auf, letzterer als eine Drüse mit echter Sekretion. Heute neigen wir der Anschauung Ludwigs zu, berücksichtigen aber noch die Ergebnisse, die uns die physikalische Chemie über die Eigenschaften der Kolloide gebracht hat.

Es finden sich

	im Blutplasma Prozente	im Harn Prozente	Verhältnis des Harns gegenüber dem Plasma
Na	0.32	0.35	fast gleich
Cl	0.37	0.6	2fach
K	0.02	0.15	7fach
NH_4	0.001	0.04	40fach
PO_4	0.009	0.27	30fach
SO_4	0.003	0.18	60fach
Harnstoff	0.03	2.00	60fach
Harnsäure	0.002	0.05	25fach
Traubenzucker	0.01	0.00	fehlt im Harn

Traubenzucker ist also im Plasma vorhanden und geht nicht in den normalen Harn über, Natrium ist etwa in gleicher Menge im Harn wie im

Blut, Chlor im Harn etwas mehr. Dagegen sind die sogenannten Stoffwechselschlacken und K, NH_4, PO_4, SO_4 im Harn verhältnismäßig viel reichlicher als im Blutplasma vorhanden.

Wir trennen nun prinzipiell die Tätigkeit der Glomeruli von der der Tubuli. Die der Glomeruli ist ein einfacher Filtrationsvorgang durch die Glomerulusmembran. Von Einfluß auf diesen Filtrationsvorgang ist, wie bei allen Filtrationen durch Kolloidmembranen, erstens die Druckdifferenz zwischen außen und innen, das heißt die Differenz zwischen Blutdruck und Druck in den Kapillarschlingen des Glomerulus. Wenn sie steigt, wird mehr filtriert, daher z. B. die Diurese nach Digitalis, schon bei den Anfängen der Arteriosklerose, bei zentral bedingter Hypertonie usw. Zweitens ist von Bedeutung die Konzentration des Blutplasmas. Je dickflüssiger das Blut, umsoweniger wird filtriert; die Filtration wird um so leichter, je verdünnter, d. h. je eiweißärmer das Plasma ist, z. B. nach Infusion von Salzlösungen. Hierauf ist die Wirkung des Koffeins und anderer Diuretika zurückzuführen, die den Quellungsdruck im Plasma herabsetzen. Drittens wird die Stärke der Filtration im Glomerulus beeinflußt durch den Zustand der Membran, die Porengröße des Filters. Protoplasmagifte, wie Quecksilber (in Form des Kalomels oder Novasurols) bewirken auf diese Weise Diurese, ähnlich wie im Beginn der Kanthariden-Nephritis oder im Experiment schon nach kurzer Abklemmung der Nierenarterien reichlichere Harnausscheidung erfolgt.

Die Tätigkeit der Tubuli besteht vorwiegend in einer Rückabsorption von in den Glomeruli ausgeschiedenen Stoffen. So wird z. B. normalerweise Traubenzucker in den Glomeruli ausgeschieden, aber in den Tubuli wieder resorbiert. Auch Flüssigkeit muß in den Tubuli wieder aufgenommen werden. Denn die menschliche Niere beherbergt etwa zwei bis vier Millionen Glomerulischlingen, deren jede eine sehr große Oberfläche hat; die gesamte Blutmenge passiert die Nieren in einer Stunde etwa zehnmal; da müssen durch die Glomerulimembranen gewaltige Flüssigkeitsmengen diffundieren, die zum großen Teil durch die Tubuli wieder resorbiert werden. Nur die überschüssigen, für den Organismus nicht notwendigen Substanzen werden durch die Tubuli nicht rückabsorbiert, so der Zucker und Harnstoff, wenn eine bestimmte Zucker- oder Harnstoffkonzentration überschritten ist. Die Tatsache der Rückabsorption durch die Tubuli erscheint nicht so befremdlich, wenn man weiß, daß die Leber gleichfalls viel mehr Gallenbestandteile produziert, als ausgeschieden werden oder daß die Vogelniere einen ganz klaren, dünnen Harn absondert, der dann erst in der Blase durch Rückabsorption von Wasser eingedickt wird. Durch die Rückabsorption der Tubuli erklärt sich die Erscheinung, daß bei kochsalzarmer Kost der Urin reichlicher, bei kochsalzreicher Kost der Urin spärlicher ist. Denn wenn die Gewebe bei kochsalzreicher Kost viel Chlor enthalten, hat der Organismus ein stärkeres Wasserbedürfnis und verstärkt die Rückabsorption durch die Tubuli. Bei Einnahme von Wasser oder verdünnten hypotonischen Salzlösungen (Mineralquellen) rückabsorbieren die Tubuli das Wasser reichlich und zugleich auch etwas Natrium, Chlor sowie Traubenzucker, vielleicht auch Harnstoff; die sogenannten Stoffwechselschlacken (Harnstoff, Harnsäure, Kalium, Sulphat, Phosphat) werden aber ausgeschieden. Man nennt das ja „Auswaschung" des Organismus durch eine Mineralwasserkur.

Eine weitere Ursache für Diurese ist gegeben, wenn gewisse Stoffe durch Wasseranziehung die Rückabsorption in den Tubuli verhindern. Diese „Tubulusdiarrhoe" ist so genannt worden, weil sie der Wirkung der salinischen Abführmittel im Darm entspricht, welche durch Zurückhaltung

von Wasser im Darm den Kot verflüssigen. Ähnlich wird z. B. durch Trinken einer sulphatreichen Mineralquelle das Wasser in den Tubuli zurückgehalten; es kann keine Rückabsorption erfolgen, es tritt vermehrte Diurese ein. In der gleichen Art ist die diuretische Wirkung des Harnstoffes zu erklären. Schließlich kann auch durch Beeinflussung der Tubulusmembran die Rückabsorption gestört werden; das geschieht bei Injektion von Phloridzin, welches die Tubulusmembran so verändert, daß der Traubenzucker nicht rückabsorbiert werden kann, sondern ausgeschieden wird.

Die diuretische Wirkung der Kalziumwässer (z. B. Wildunger) ist noch nicht ganz geklärt; an ihrer Wirksamkeit ist aber nach den praktischen Erfahrungen nicht zu zweifeln.

Die hysterische Anurie und die Reflexanurie kann man durch mangelhaftes Zurgeltungkommen der normalen zentralen Erregung erklären. Man denke an das nächtliche Aufhören der Rhinorrhoe bei Schnupfen; die Durchblutung der Schleimhaut ist in der Nacht die gleiche, ebenso die äußeren Reize, aber die zentrale Erregung ist durch den Schlaf gehemmt, daher sistiert die Rhinorrhoe. (D. m. W. Nr. 7, 1923.)

Pleuraergüsse bei künstlichem Pneumothorax.

Nach Stivelmann, Barnett und Rosenblatt bewährt sich folgende Therapie am besten: Wenn der Erguß die vierte bis fünfte Rippe nicht überschreitet, so wird das Mediastinum nur wenig verschoben und Verwachsungen werden am sichersten verhütet, wenn man den Pneumothorax mit gesteigertem Drucke aufrecht erhält, jedoch ohne das Exsudat zu punktieren. Bei Verdrängung des Mediastinums nach der kranken Seite wird der Druck allmählich bis auf etwa 30 mm Hg gesteigert. So konnte in zehn Fällen ein ausreichender Lungenkollaps erhalten werden, während das Auflassen des Pneumothorax (vier Fälle) zu breiten Verwachsungen, Obliteration und Progredienz des Lungenprozesses führte. Rapide Exsudation mit Ausfüllung fast des ganzen Pleuraraumes und starker Mediastinalverdrängung erfordert Aspiration der Flüssigkeit mit anschließender Lufteinblasung. So gelang es in fünf von sieben Fällen den Prozeß zum Stillstand zu bringen (ein bis eineinhalb Jahre Beobachtung) bei Erhaltenbleiben des Pneumothorax und völligem Schwinden des Ergusses. Hingegen zeigten vier anders behandelte Fälle breite Verwachsungen, Progredienz mit Kavernenbildung, schwere Hämoptoe. Bei Umwandlung des Ergusses in eitriges aber steriles Exsudat muß dasselbe gleichfalls aspiriert und Luft nachgeblasen werden. Bei Mischinfektion ist Rippenresektion mit nachfolgender Spülung mit Dakinscher Lösung angezeigt. (Journ. of the Americ. med. assoc., Bd. 77, Nr. 1; ref. in Jahresk. f. ärztl. Fortb., II, 1923.)

Zur Behandlung der Stenokardien.

Von Professor G. Rosenfeld (Breslau).

In rein nervösen Fällen genügen Arsen, Brom, Kohlensäurebäder, Validol in Tablettenform, das Pat. stets bei sich trägt.

Schwinden die Beschwerden auf Alkohol- und Nikotinverbot, so ist ihr toxischer Ursprung klargestellt. Hieher gehören nach Obstgenuß auftretende Herzbeschwerden (durch Fruchtsäuren oder Oxalsäure ausgelöste Gefäßkrisen?), die nach Obstverbot schwinden.

Stenokardie bei Hypertonie wird durch Nitrite, Jod, Diuretin (günstige Kombination: Joddiuretal), Thiosinamin subkutan günstig beeinflußt.

Sinkt der Blutdruck infolge von Myokarditis usw., so ist die Herztätigkeit und die Blutzirkulation in den Koronargefäßen zu heben (Koffein, Kampfer, Digitalis, Diuretin usw.). Gegen die Schmerzen und das Vernichtungsgefühl ist Verodigen (ein bis zwei Tabletten à 0.5) oft erfolgreich (auch bei Claudicatio intermittens), während selbst Morphium häufig versagt. Gleichzeitig ist Afenil venös (10 cm³) zu empfehlen; das Ca wirkt krampfwidrig und erhöht die Digitaliswirkung.

Diätetisch ist eine sahnenreiche, sonst knappe Kost ohne Obst und Kompott zu verordnen. (M. Kl. Nr. 7, 1923.)

Stomachale Borborygmen.

Von Prof. Ganter (Würzburg).

Gurrende, weithin hörbare Magengeräusche treten gelegentlich bei Neuropathen und Hysterischen auf; man nimmt an, daß sie mit Luftschlucken zusammenhängen; ihre Pathogenese war aber bisher nicht ganz klar. Verfasser konnte bei einer Patientin den genauen Mechanismus ergründen. Im anfallfreien Zeitraum waren die Röntgendurchleuchtung, Magensaftuntersuchung usw. völlig normal. Aber im Anfall zeigte der Magen röntgenologisch Sanduhrform, offenbar durch eine spastische Kontraktion in seiner Mitte, und man sah Luftblasen unter lautem, gurrendem Geräusch bei jeder In- und Exspiration von dem einen Teil des sanduhrförmig eingeschnürten Magens in den anderen und zurück übertreten. Der Mechanismus war also offenbar folgender: die Patientin schluckte viel Luft, dann bekam sie eine spastische Kontraktur der Magenmuskulatur, die den Magen zur Sanduhrform umgestaltete, und nun trat bei jedem Atemzug durch die Druckveränderung Luft von dem einen Magenteil in den anderen und versetzte beim Übertritt die Magenwand in tönende Mitschwingung. Nach Wassertrinken hörten die Borborygmi vorübergehend auf, da dann statt Luft Wasser hin- und herfloß, was kein tönendes Mitschwingen der Magenwandung verursachte.

Um die Patientin von ihrem Übel zu befreien, versuchte Verfasser zuerst, ihr das Luftschlucken abzugewöhnen, was aber nicht gelang. Atropin und Suprarenin hatten ebensowenig Erfolg wie Magnesia und andere Medikamente. Endlich erzog er die Patientin systematisch zur thorakalen Atmung statt des von ihr geübten abdominellen Atmungstypus. Das gelang, und da bei dieser Atmung die Druckdifferenzen geringer wurden, hörten die Borborygmi prompt auf.

Die Harmlosigkeit solcher Störungen soll den Arzt nicht dazu verleiten, sie gering zu achten. Mancher Kranke ist dadurch sehr unglücklich, oft gesellschafts- und berufsunfähig; um so dankbarer wird er dem Arzt sein, der ihn von diesem „Schönheitsfehler" befreit. (Arch. f. Verdauungskr., Bd. 30, H. 5/6, 1923.)

Über hausärztliche Behandlung der Zuckerkrankheit.

Von Prof. C. v. Noorden (Frankfurt a. M.).

Prophylaktisch sind Ehen bedenklich zwischen Familien, in welchen Diabetes, namentlich bei jüngeren Leuten häufig ist. Die Kinder solcher Familien sollen möglichst wenig Süßigkeiten erhalten, sie dürfen nicht überfüttert werden (namentlich sind Proteine und Kohlehydrate knapp zu bemessen) und sollen zu systematischer Muskelbetätigung (Turnen usw.) erzogen werden. Selbstverständlich ist regelmäßige Harnkontrolle, namentlich nach akuten Infektionskrankheiten und bei Neigung zu Fettleibigkeit. Der Hausarzt soll sich nicht durch Schlagworte wie

neurogene oder renale Glykosurie irremachen lassen; fast jeder keimende Diabetes beginnt zunächst mit transitorischen Glykosurien. Je früher die planmäßige Behandlung beginnt, desto günstiger die Aussichten.

Therapeutisch ist die zunächst erforderliche Toleranzprüfung und einleitende Schonungskur am besten in einer Anstalt unter Leitung eines Facharztes durchzuführen. Auch für das Überwachen der Dauerdiät mit den periodisch einzuschaltenden Schonkuren ist das Einvernehmen mit dem Facharzt wünschenswert. Die Kost muß individuell angepaßt und variiert werden. Hungerkuren sollen nicht über 40 bis 60 Stunden ausgedehnt werden. Vor jeder Überfütterung ist zu warnen. Regelmäßige, nicht übertriebene Muskelarbeit ist wünschenswert. Quellenkuren wirken nur vorübergehend, maßgebend ist die Lebensweise zu Hause. Von Medikamenten setzt nur Opium mit einiger Sicherheit die Glykosurie herab. Vor den vielen Geheimmitteln kann nur gewarnt werden. Über den Wert des Pankreashormons Insulin sind die Akten noch nicht geschlossen. Natr. bicarbon. darf nicht überdosiert werden, 10 g täglich bei Azetonurie ist die Maximaldosis, erst bei Komagefahr ist das beste: sofortige Bettruhe und Auswaschen des Magens, Verzicht auf jede Nahrung außer 150 bis 200 g Kognak täglich und Wasser, daneben Alkali teils venös, teils (mit Zusatz von 3% Alkohol) als Tropfklisma. Oft sind Strophantininjektionen ($^2/_{10}$ mg pro dosi) vorteilhaft. Nach zwei bis drei Hungertagen höchst langsamer Wiederaufbau der Nahrung, zunächst unter Vorherrschen der Kohlehydrate. (M. Kl. Nr. 2, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Epilepsie — Röntgen.

Strauß ist auf dem Röntgenkongreß (1921) dafür eingetreten, daß die Epilepsie nicht als ein Gehirnleiden aufzufassen sei, sondern als eine konstitutionelle Erkrankung, deren Wesen in einer Störung der Funktion endokriner Drüsen liegt. „Die Epilepsie ist eben so wenig eine Gehirnkrankheit, als der Abdominaltyphus jenes Nervenleiden gewesen ist, für das ihn die alten Ärzte gehalten haben.“ Bei einer 42jährigen Frau, die immer zur Zeit der Menses gehäufte epileptische Anfälle hatte, ohne Erfolg mit Brom und Luminal behandelt worden war, Benommenheit, Gedächtnisschwäche, ja beinahe volle Verblödung zeigte und nicht allein auf die Straße gehen konnte, hatte Fränkel (Charlottenburg) wunderbaren Erfolg mit schwachen Röntgenbestrahlungen der Ovarialgegend, die gerade hinreichten, um temporäres Sistieren der Menses zu bewirken. Die Anfälle hörten auf, und die geistigen Funktionen besserten sich auffallend. Ferner wurde bei einem achtjährigen epilepsiekranken Knaben mit Thymus-, Hypophysen- und Milzbestrahlung gleichfalls günstiger Erfolg erzielt. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 7, 1923.)

Lanzinierende Schmerzen und Spasmen — Brom endolumbal.

Prof. H. Lippmann (Berlin) hatte in einigen verzweifelten Fällen von quälendsten lanzinierenden Schmerzen guten Erfolg mit ein bis drei endolumbalen Injektionen von je 10 cm³ einer 1%igen Bromnatriumlösung in Zwischenräumen von etwa 14 Tagen (nach Ablassung der gleichen Menge Liquors). Bei multipler Sklerose injiziert er endolumbal je 10 cm³ einer 1.6%igen Bromnatriumlösung ebenfalls in Abständen von etwa 14 Tagen, bei dieser Krankheit wurden aber bis zu acht Injektionen im ganzen

verabfolgt und auch wesentliche Besserung der Spasmen bis zur Erreichung der Gehfähigkeit bei vorher Bettlägerigen erzielt. Das Verfahren bedarf wohl jedenfalls noch der Nachprüfung. (D. m. W. Nr. 8, 1923.)

Phosphorsäure (Recresal) bei nervöser Erschöpfung.

Embden (M. Kl. Nr. 30, 1919) wies nach, daß bei Gesunden durch saures, phosphorsaures Natron („Recresal": Chemische Werke Albert, Biebrich a. Rh.) die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit gehoben werden kann.

v. Noorden (Ther. Halbmh. 3 und 4, 1921) berichtete über sehr günstige Ergebnisse mit Recresal in zahlreichen Fällen von Anämie, Unterernährtheit, fieberhaften akuten und chronischen Infektionen, insbesondere chronischer Tbc., bei Schwächezuständen aller Art und bei fettleibigen, muskelschwachen Leuten.

Auf Grund dieser Berichte verwendete F W. Strauch (Halle a. S.) Recresal (zwei bis drei Tabletten à 1.0 täglich) vielfach bei nervöser Erschöpfung namentlich im Schulalter und konnte damit überraschend oft deutliche Besserung der Schulleistungen (namentlich vor Prüfungen) und Hebung des Gesamtbefindens erzielen, während Eisen und Arsen ohne Wirkung geblieben waren. Günstige Resultate auch bei arteriosklerotischen Schwindelanfälen älterer Leute. (M. Kl. Nr. 7, 1923.)

Schlafmittel in der Psychiatrie.

An etwa 100 männlichen und weiblichen Insassen der Nerven- und psychiatrischen Klinik in Kiel hat Hanse das neue Schlafmittel Voluntal („Ars Medici" 1923, S. 187) im Vergleich mit anderen Schlafmitteln erprobt. Bei Neurasthenischen mit subjektiver Klage über Schlaflosigkeit hatte 0.5 g Voluntal keinen nennenswerten Erfolg, während sich die Kranken nach Einnahme von 1 g Voluntal recht befriedigt äußerten. Bei ruhigen Psychosen, und zwar besonders bei Depressionszuständen, konnte mit 0.5 g Voluntal eine ganz gute Schlafwirkung erzielt werden, bei Verabfolgung von 1 g war der Erfolg jedoch wesentlich besser. Bei unruhigen Kranken hatte die beste Schlafwirkung 0.3 g Luminal, dann folgten mit zunehmend geringerem Erfolg: 0.5 g Veronal, 1 g Voluntal, 1 g Sulfonal, 1 g Trional und zum Schluß 0.5 g Voluntal. Die Dosis von 1 g Voluntal steht also bei unruhigen Psychosen in der Wirkungsstärke zwischen 0.5 g Veronal und 1 g Sulfonal. Bei sehr unruhigen Kranken war der Erfolg des Voluntals in der Dosis von 2 g verschieden; in einzelnen Fällen trat jedoch baldige Beruhigung und längerer Schlaf ein. Irgendwelche schädigenden Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. (Klin. Wschr. Nr. 8, 1923.)

Stirnhirnsyndrome.

In drei Fällen von Erkrankungen des Stirnhirns (eine Enzephalitis und zwei Tumoren) beobachtete Gürtler (Psychiatr. Klinik, Rostock) ganz ähnliche Symptome, und zwar: zunächst psychische Störungen ohne neurologische Kennzeichen: depressive Verstimmung, Energielosigkeit, Apathie, Interesselosigkeit; bald darauf Inaktivität und Merkschwäche; dann Akinese, Mangel an motorischen Antrieben sowohl auf dem Gebiete der Körperbewegungen wie der Sprache ohne Bewußtseinstrübung; die Kranken antworteten, aber sprachen nicht spontan, die Bewegungen waren langsam und kraftlos; ferner frontale Asynergie, die sich in Unsicherheit beim Stehen und Gehen, in Taumeln offenbarte. Erst Monate nach Beginn

dieser Erscheinungen traten die ersten Herdsymptome auf: Schwäche und Akinese (zunächst noch ohne Lähmung) in einem Arm mit nachfolgender echter Lähmung, die auf das gleichseitige Bein übergriff und schließlich mit Pyramidenbahnreflexen (Babinski usw.) einherging. Bemerkenswert war schließlich noch eine eigentümliche Muskelsteifigkeit, die an Ausdehnung und Intensität wechselte, bald halbseitig, bald doppelseitig auftrat, gelegentlich die ganze Körpermuskulatur befiel und öfters mit Tremor verbunden war (Ähnlichkeit mit dem Parkinsonismus).

Schilder und Dimitz haben ebenfalls aus ähnlichen Symptomen (Interesselosigkeit, Unregsamkeit, Initiativlosigkeit, frontale Ataxie, Dauertremor und Steifigkeit) einen Stirnhirntumor diagnostiziert, der auch bei der Sektion gefunden wurde.

Einzeln sind die oben angeführten Symptome gewiß nicht für eine Stirnhirnerkrankung charakteristisch, aber ihr Zusammentreffen kann man doch als „Stirnhirnsyndrom" bezeichnen und verwerten. (D. Ztschr. f. Nervenhk., Bd. 76, H. 1/4, 1923.)

Tabes dorsalis — Beobachtungen aus der Praxis.

Von Prof. H. Curschmann (Rostock).

Beginnende Fälle werden häufig als einfache Neuralgie, Ischias, Rheumatismus, Lumbago gedeutet. Man beachte daher stets Luesanamnese und Pupillen. Ein häufiges Frühsymptom ist eine oft enorme Überempfindlichkeit gegen Kälte am Rumpf (Unverträglichkeit von kalten Bädern und Rumpfduschen!), welche dem bekannten „Gürtelgefühl" lange vorangehen kann. Die erste gastrische Krise wird fast immer als Ulkus, Cholelithiasis, Bauchkolik mißdeutet und selbst operiert. Eine mäßige Abschwächung der Achillesreflexe, Reaktionsträgheit einer Pupille können diagnostisch bedeutsam sein. Im Zweifelsfalle Liquorkontrolle! Ähnliches gilt für die viel selteneren Krisen des Mastdarmes, der Blase, des Larynx usw. Ein wertvolles Zeichen für eine Bauchkrise ist die enorme akute Blutdrucksteigerung im Anfall. Eine solche akute Hypertonie kann selten noch bedingt sein durch Bleikolik, Bauchmigräne oder -atherosklerose, fehlt aber stets bei anderen, noch so schmerzhaften Bauchaffektionen. Nicht selten beginnt auch die Tabes mit Störungen der Blasenentleerung und der Potenz (meist Verlust der Erektion bei erhaltener Libido).

Das Rombergsche Zeichen ist nur bei großer Deutlichkeit verwertbar; angedeutet findet man es bei vielen anderen, mit subjektiver oder objektiver Gleichgewichtsstörung einhergehenden Leiden. Die Achillesreflexe erlöschen früher als die Patellarreflexe. Wichtiger als schwache Reflexe sind konstante Differenzen; man vergleiche daher stets beidseitig! Im Gegensatz zu den Sehnenreflexen können die Hautreflexe (Bauch-, Sohlen-, Kremasterreflex) im Beginn sogar sehr lebhaft sein (wichtig gegenüber multipler Sklerose und anderem!).

Schwund der Sehnenreflexe, besonders der Achillessehnen und scheinbare Ataxie können auch durch Polyneuritis (nach Infektionen Alkohol, Nikotin, bei Diabetes usw.) bedingt sein. Aber die Pupillen reagieren bis auf seltene Ausnahmen (Alkoholpolyneuritis) auf Licht. Auch Friedreichsche Ataxie, zerebellare und zerebrale Ataxie (Tumoren, Blutungen, Arteriosklerose), disseminierte Myelitis nach Anaemia gravis und Infektionen (anämische Pseudotabes) und andere Rückenmarksleiden (multiple Sklerose, Syringomyelie, Myelitis usw.) können differentialdiagnostisch in Betracht kommen (Blut- und notfalls Liquorkontrolle!).

Die spezifische Behandlung muß möglichst früh beginnen. Aortitis, Kachexie, Nephrosen, beginnende Optikusatrophie sind keine Kontraindi-

kationen für Salvarsan. Man beginnt mit 0.15 Neosalvarsan, steigt nach fünf Tagen auf 0.3 und gibt alle fünf Tage 0.3, bei guter Verträglichkeit 0.45, bis 4 bis 5 g erreicht sind. Bei kräftigeren Leuten kann man zusammen mit Neosalvarsan Sublimat oder Cyarsal injizieren. Schwächlichen verabfolgt man ein Vierteljahr nach der Salvarsankur eine typische Hg-Kur. Während der ersten Salvarsaninjektionen ist Bettruhe ratsam. Nach weiteren drei bis sechs Monaten wird obige Salvarsankur wiederholt. Maßgebend für weitere Kuren ist nicht der Liquorbefund, sondern das subjektive und objektive Befinden. Gegen Krisen versuche man 0.5 bis 1.0 cm³ Suprarenin oder 0.02 Natr. nitrosum muskulär. Mit Morphin ist möglichst zurückzuhalten. (M. m. W. Nr. 7, 1923.)

Multiple Sklerose.

Von Prof. H. Curschmann (Rostock).

Das Leiden ist für den Praktiker wichtig, da es in luesarmen Gegenden sogar häufiger ist als Tabes. Frühsymptome sind flüchtige Anfälle von Sehstörungen, Lähmungen, Kopfschmerz, Erbrechen, Blasenstörungen u. dgl., die sich nach Wochen, Monaten und noch später wiederholen; objektiv: zentrale Skotome (besonders für grün und rot), temporale Abblassung der Sehnervenpapille, geringer Nystagmus bei einer bestimmten Blickrichtung, einseitiger Intentionstremor (Finger-Nasenversuch), von den Reflexen vor allem der Babinski (suspekt namentlich bei luesfreien Jugendlichen!), Steigerung des Patellar- und Achillesreflexe; Fehlen, Abschwächung und Differenzen der Bauchdecken- und Kremasterreflexe. Das typische Bild des Frühstadiums sieht also etwa so aus: Bei einem sonst körperlich gesunden, oft auffallend blühenden Jugendlichen finden sich geringe Sehstörungen mit temporaler Abblassung und zentralen Farbenskotomen, leichte Unsicherheit des Ganges, ein- oder beidseitiger Babinski, Sehnenhyperreflexie, Fehlen der Bauchreflexe. Sämtliche Symptome und Stadien der multiplen Sklerose können durch Lues cerebrospinalis täuschend nachgeahmt werden; Lues ist daher vor allem auszuschließen durch Kontrolle von Blut und Liquor (vier Reaktionen).

Da als Erreger höchstwahrscheinlich eine 1917 von Kuhn und Steiner beschriebene Spirochäte in Betracht kommt, ist frühzeitig und konsequent Salvarsan indiziert und auch erfolgreich (jeden fünften Tag 0.3 bis 0.45 Neosalvarsan bis zur Gesamtdosis von 5 bis 6 g, alle vier bis sechs Monate eine Kur). Daneben vor allem Ruhe, eventuell Fibrolysin, Jod, Arg. nitr.-Präparate; sehr milde Hydro- und Elektrotherapie. Heiratskonsens ist zu verweigern, namentlich Frauen, da Gravidität rasche Progredienz bewirkt. (M. m. W. Nr. 11, 1923.)

Zur Therapie der akuten Veronalvergiftung

empfiehlt Prof. N. Ortner (Wien) neben Magenausspülung, Kampfer, Koffein usw. systematische Lumbalpunktionen. Es gelang ihm zwei schwere Fälle dadurch zu retten, daß er am ersten Tage zweimal, vom zweiten Tage an je einmal soviel Liquor als möglich abfließen ließ. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Chirurgie.

Akute eitrige Mastitis — Behandlung.

Belgrano und Capurro empfehlen statt breiter Inzisionen die Punktion wegen deren Einfachheit und der Kleinheit der Narben. Nach Desinfektion und Chloräthyl-Lokalanästhesie sticht man eine dicke Hohlnadel auf die Vorwölbung ein. Hat sich der Abszeß schon lokalisiert, so dringt sofort Eiter heraus. Man setzt sodann die am Rande gut eingefettete Biersche Saugglocke an und aspiriert den Eiter. Die Glocke bleibt zur Erzielung lokaler Hyperämie noch einige Minuten liegen. In einer Sitzung werden drei Aspirationen gemacht mit Intervallen von wenigen Minuten. Solche Sitzungen waren drei bis maximal zwölf notwendig. Die Methode wurde in 40 Fällen mit stets bestem Erfolge angewandt; das Fieber fiel in der Regel gleich nach der ersten Aspiration. Die Schmerzhaftigkeit dieser Behandlung ist ziemlich gering. (Liguria med. VIII., 1922.)

Gelenkeiterungen — Phenolkampfer.

Die von Chlumsky angegebene Mischung: Rp. Acid. carbol. liquef. 30.0, Camphorae trit. 60.0, Alcohol 10.0 wirkt nach Hedri ausgezeichnet bei Gelenkempyemen. Das Gelenk wird an geeigneter Stelle durch eine kleine Inzision eröffnet und ein nicht zu dünnes, in die Kapsellücke passendes Glasdrain in den Gelenkraum eingeführt. Nach Ablassen des Exsudates werden 2 bis 10 bis höchstens 20 cm³ Phenolkampfer injiziert und unter leichten Bewegungen des Gelenkes gleichmäßig verteilt und das Glasrohr mit Watte verstopft. (Cave venöse Injektion, Kollaps!) Nach 24 Stunden wird der Drain wieder geöffnet, Exsudat abgelassen und neuerlich Phenolkampfer injiziert, falls noch entzündliche Symptome vorhanden sind. (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 397.) (Arch. f. klin. Chir., Bd. 122, H. 2.)

Die Frühzeichen des Ileus

rekapituliert A. Krecke (München). Erkrankt ein Mensch plötzlich unter heftigen krampfartigen anhaltenden Bauchschmerzen und Verhaltung von Stuhl und Winden, so ist bereits der Verdacht auf Darmverschluß gegeben, wenn nicht Zeichen für einen entzündlichen Prozeß im Abdomen (Appendizitis, Cholezystitis, Adnexitis) vorliegen. Ebenso wie bei einem solchen besteht meistens auch das durch Serosareizung bedingte Anfangserbrechen bis zu zehn- bis zwölfmal täglich. Hingegen ist das Koterbrechen ein Spätsymptom; das man nicht abwarten darf, soll die Operation nicht zu spät kommen. Der Puls kann zunächst normal sein, ist aber bereits in zwei bis drei Stunden erhöht und in fünf bis sechs Stunden über 100. Ebenso kann der Leib in den ersten Stunden völlig normal weich und unempfindlich sein. Doch indizieren bereits Schmerz, Stuhlverhaltung, Erbrechen und Pulsbeschleunigung die Operation. Umschriebene Darmblähungen oberhalb der Abschnürung können sich allerdings schon frühzeitig durch die Darmsteifung (unter gurrenden Geräuschen wird plötzlich durch die Bauchdecken hindurch der aufgeblähte Darmteil periodisch deutlich erkennbar, um nach einigen Sekunden wieder zu schwinden) oder das Wahlsche Zeichen (konstante umschriebene Blähung in einer bereits von Gangrän bedrohten Darmschlinge) verraten. Damit ist die Diagnose eines Strangulationsileus sichergestellt, doch darf man auf diese Zeichen nicht warten.

Bei Serosareizung kann auch frühzeitig umschriebene Bauchdeckenspannung (défense musculaire) bestehen. Erst allmählich entwickelt sich allgemeiner Meteorismus.

Die Anamnese ergibt oft frühere Bauchoperation, durchgemachte Tubengravidität u. dgl.; zurückgebliebene Bindegewebsstränge haben zum Strangulationsileus geführt.

Bevor man innere Einklemmung diagnostiziert, vergesse man niemals, sorgfältig sämtliche Bruchpforten zu untersuchen. Es ist schon oft vorgekommen, daß eine kleine Bruchgeschwulst übersehen und unnötig laparatomiert wurde. Die Einklemmung eines Schenkel- oder Leistenbruchs kann sich manchmal nur durch eine ganz unbedeutende Schwellung verraten. (M. m. W. Nr. 4, 1923.)

Lungenkarzinom.

Während die Häufigkeit des metastatischen Lungenkrebses ziemlich gleich geblieben ist, zeigt sich nach Hampeln (Riga) in den letzten Dezennien überall ein schnelles Häufigerwerden des primären Lungenkarzinoms. Die Ursache scheint in der Schädigung der Lungen durch Staubeinatmung zu liegen. Der Ort Schneeberg im sächsischen Erzgebirge mit seiner starken Grubenstaubentwicklung ist schon seit langem als Zentrum häufigen Lungenkrebses bekannt. Neuerdings hat Uhlig darauf hingewiesen, daß in Dresden der Lungenkrebs häufiger werde: „die dort verbreitete Sandsteinindustrie und der Bergbau haben häufige Lungenanthrakose und -chalikose zur Folge; das schädigt die bronchialen Drüsen, veranlaßt Pigmentdurchbrüche, Narben und Stenosen. und auf dem Boden dieser stellt sich leicht krebsige Entartung ein."

Nicht nur die gewerbliche Arbeit im Staub scheint aber so ungünstig einzuwirken, sondern ebenso der gewöhnliche städtische Straßenstaub mit seinen vom Pflaster herrührenden Beimengungen. Sind diese Annahmen richtig, so haben wir Hoffnung, durch Verminderung des Staubes in den Städten der Vermehrung der Lungenkrebse entgegenzuarbeiten. Der oben erwähnte Ort Schneeberg wurde bereits saniert, worauf die Häufigkeit des Lungenkarzinoms dort auf weniger als ein Zehntel der früheren Zeit sank. Von allen größeren Städten weist nur Christiania keine Vermehrung der Häufigkeit des Lungenkrebses auf; Christiania scheint tatsächlich besonders wenig staubig zu sein. (Mitt. a. d. Grenzgeb., Bd. 36, H. 1, 1923.)

Der Milchsirupeinlauf

ist ein altes, aber wenig bekanntes Volksmittel. Professor Küttner (Breslau) findet ihn seit vielen Jahren bei schweren Stuhlverhaltungen und ileusartigen Zuständen auch dann noch erfolgreich, wenn hohe Wassereinläufe und andere Mittel versagen. Zu 2/3 l Milch, welche auf 38° erwärmt ist, wird 1/3 l des gewöhnlichen, käuflichen Rübensirups zugefügt, durchgerührt und die Mischung zur Vermeidung von Flockenbildung durch ein feines Sieb getrieben. Dann läßt man die Mischung aus einem Irrigator aus geringer Höhe langsam einlaufen unter Beckenhochlagerung oder in Knieellenbogenlage und mit Lagewechsel, wie dies bei ileusartigen Zuständen üblich ist. Nach 10 bis 15 Minuten kommt der Einlauf gewöhnlich zurück und nach einer weiteren Viertelstunde pflegt der erste Stuhl zu erfolgen. Den Erfolg erklärt Professor Schmitz durch die osmotische Wirkung der in dem Gemisch enthaltenen kristalloiden Polysacharide (Milchzucker der Milch und Rohrzucker des Sirup). Schon die Milch allein enthält so viel

Zucker, daß sie dem Serum isotonisch ist; dazu kommt der Zucker des Sirups. Auch die abführende Wirkung des Milchzuckers selbst oder (bei vielen Menschen) der Milch ist ja so zu erklären, daß durch den osmotischen Druck Wasser festgehalten und so der Darminhalt flüssig erhalten wird. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 7, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Parametritis posterior

wurde als Krankheitsbild zuerst (1876) von B. S. Schultze beschrieben. Es handelt sich um eine schwielige Verdickung der in den Plicae Douglasii liegenden Ligamenta sacrouterina, welche durch Zug am Uterus Kreuzschmerzen und andere, oft unerträgliche Beschwerden bereitet. Bröse (Berlin) tritt dafür ein, daß die Ursache stets ein chronisch-entzündlicher Prozeß in diesen Bändern ist und nicht (wie Opitz meint) spastische Kontrakturen. Die Entzündung kann vom Genitale ausgehen, aber auch durch Einwanderung von Keimen aus dem Mastdarm, besonders bei Koprostase. Therapeutisch bewährt sich am besten, wenn konservative Behandlung versagt, die energische Dehnung in tiefer Narkose. Man nimmt wie bei der kombinierten Untersuchung die Ligamenta sacrouterina mit der einen Hand von der Scheide, mit der anderen von den Bauchdecken aus zwischen die Finger und zieht den Uterus bei Parametritis posterior sinistra nach rechts und vorn, bei dextra nach links und vorn. Wenn die Bänder sehr stark geschrumpft sind, kann man auch versuchen, sie vom Rektum aus zu fassen. Zum Schluß drängt man von der Scheide aus den ganzen Beckenboden energisch nach oben. Diese energischen Dehnungen sind nicht ganz gleichgültig; es kommt vor, daß bei forzierten Dehnungsversuchen während der Narkose der Puls aussetzt. Sobald der Narkotiseur darauf aufmerksam macht, muß man die Dehnung unterbrechen. Auch behalte man die operierten Frauen zwei bis drei Tage nachher in der Klinik, um die Temperatur zu beobachten; eine übersehene Adnexerkrankung kann durch die Dehnung exazerbieren und Fieber machen. Schwere Schädigungen wurden aber nie gesehen, und der therapeutische Erfolg war immer sehr gut. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 7, 1923.)

Prophylaktische Immunisierung der Schwangeren gegen puerperale Streptokokkeninfektion.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft berichtete Louros über ein von ihm angegebenes Verfahren, durch welches es gelang, 2500 Schwangere der Athener Frauenkliniken unter ungünstigsten äußeren Verhältnissen (nach dem kleinasiatischen Feldzug) durchwegs vor der puerperalen Blutinfektion zu bewahren. Es wurden 20 Tage vor der voraussichtlichen Geburt 0.5 cm³ (= 250 Millionen Keime) und zehn Tage darauf 1 cm³ (= 500 Milionen Keime) einer polyvalenten Streptokokkenvakzine subkutan injiziert, die jetzt von den Behringwerken hergestellt wird. Praktisch dürften am meisten die Resultate bei 200 Frauen interessieren, die sich unmittelbar vor oder während der Geburt befanden und durch protrahierte Geburt, vorzeitigen Blasensprung, Grippe, wiederholte innere Untersuchungen außerhalb der Klinik u. dgl. gefährdet erschienen. Diese Fälle wurden gleichzeitig aktiv (1 cm³ Vakzine subkutan) und passiv (50 cm³ Streptokokkenserum Behring, subkutan) immunisiert, um den Organismus

bis zum Auftreten der aktiven Immunität (nicht vor zwei bis sieben Tagen, mit vorangehender negativer Phase!) zu schützen. Auch hier kam es in keinem einzigen Falle zur Blutinfektion und nur in zwei Fällen zu rasch vorübergehender lokaler putrider Infektion. (M. Kl. Nr. 9, 1923.)

Schmerzlose Geburt durch Äther rektal.

Das Problem der schmerzlosen Geburt ist noch lange nicht gelöst. Der Siegelsche Skopolamin-Dämmerschlaf (siehe „Ars Medici" 1918, S. 96 und a. a. O.) kann sich trotz aller Modifikationen nicht einbürgern, hauptsächlich wegen der häufigen Kindesschädigung. Die Geburt in Hypnose („Ars Medici" 1922, S. 162 und 362) ist wohl nur selten durchführbar.

Prof. Thaler und Hübel (Wien) berichten über sehr gute Erfolge bei 100 Geburten mit Äther rektal. Da der Äther die Rektalschleimhaut reizt, wurde er mit Öl gemischt. Die Vorbereitung besteht in einem Reinigungsklysma und Verbringung der Gebärenden in ein schwach beleuchtetes, ruhiges Zimmer, Verstopfen der Ohren mit Watte. Nun werden bei Stärkerwerden der Wehen von der Mischung: Aether. sulfur. pro narcosi 90, Olei olivar. 120 zunächst 100 cm^3 rektal eingespritzt, wobei das Darmrohr etwa 20 cm tief eingeschoben wird. Die Frau soll dabei tief atmen und den Schließmuskel kontrahieren. Wenn mehr als die Hälfte der Mischung wieder ausfloß, so wurden schon fünf Minuten nach der ersten Einspritzung weitere 50 bis 80 cm^3 einlaufen gelassen. Sonst wurden erst wieder bei Nachlassen der Wirkung (also heftigerer Schmerzäußerung) neuerlich jedesmal 50 cm^3 der Mischung rektal einverleibt. Meist genügen zwei bis drei Nachinjektionen; das Maximum, das einverleibt wurde, betrug einmal 760 cm^3 der Mischung, welcher Menge aber ein Verlust durch Ruckfluß von etwa 270 cm^3 gegenüberstand.

Die Wirkung war meist recht gut. Die Frauen ächzten bei den Wehen nur leise, hatten nach der Geburt meist vollkommene Amnesie und wußten beim Erwachen nicht, ob sie schon geboren hatten. Die Wehen waren nicht abgeschwächt, eher verstärkt; in einigen Fällen wurde Chinin und Pituglandol mit guter Wirkung gegeben. Achtmal mußte beim Durchschneiden des Kopfes etwas Chloräthyl zur Inhalation verwendet werden. Zangenextraktionen, Dammschnitte und Nähte sowie Manualhilfe konnten teils ohne Inhalationsnarkose, teils mit Inhalation von nur etwa 10 cm^3 Äther erledigt werden. Nach Beendigung der Geburt wird der restliche Äther durch das Darmrohr abgelassen; es ist überhaupt ein Vorzug der Methode, daß sie jederzeit durch Entfernung des Äthers aus dem Rektum abgebrochen werden kann. — 16 Kinder kamen nicht ganz lebensfrisch zur Welt, nur zwei asphyktisch.

Kontraindikationen: Ängstlichkeit und Mißtrauen der Frau, größere Noduli haemorrhoidales, Anomalien der Wehentätigkeit, enges Becken, stark gefüllter Magen. — Das Verfahren ist vorläufig nur für die Klinik mit ständiger ärztlicher Überwachung geeignet. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 9, 1923.)

Stoffwechselfragen in und nach der Schwangerschaft.

Zangemeister hat vor einigen Jahren („Ars Medici" 1920, S. 208) darauf hingewiesen, daß die Schwangere von der 27. Woche an stark zunimmt (mehr, als dem Wachstum der Frucht entspricht), daß die Gewichtszunahme drei Tage vor der Geburt ihren Gipfel erreicht und an diesem dritten Tage vor der Geburt ein plötzlicher Gewichtssturz von etwa 1 kg eintritt. Man kann auf diese Weise den nahen Beginn der Geburt voraussagen. Mehrere Autoren haben dieses Verhalten bestätigt,

andere bestritten. Knipping (Univ.-Frauenklinik, Hamburg) bestätigt die Befunde Zangemeisters durchaus. Er beweist ferner, daß die eigentümlichen Veränderungen des Gaswechsels und der charakteristische Verlauf der Gewichtskurve bei Schwangeren durch eine Veränderung der Hypophysenfunktion bedingt sind. Ein großer Teil der Fälle von sogenannter klimakterischer Fettsucht ist ebenfalls hypophysären Ursprungs und entsteht, indem die Kranken nach Geburten gewissermaßen die für die Schwangerschaft typische Gaswechselveränderung beibehalten. Die Fettsucht im Klimakterium ist also nicht durch die Involution der Ovarien, sondern durch eine veränderte Hypophysenfunktion bedingt. Daraus ergibt sich als Folgerung für die Therapie, allein oder neben Ovarialpräparaten Hypophysenvorderlappenpräparate (Firma Passek & Wolf in Hamburg) zu verabfolgen. (Arch. f. Gyn., Bd. 116, H. 3, 1923.)

Zur Therapie der weiblichen Gonorrhoe

gibt Prof. Bucura (Wien) den guten Rat, sich vor Übernahme der Behandlung von der Gesundheit des Partners zu überzeugen. Erweist sich derselbe nach verläßlicher und genügender Provokation (Vakzine!) als noch infektiös, so ist die Behandlung der Frau abzulehnen, wenn entweder die Abstinenz oder die restlose Behandlung des Mannes nicht mit Sicherheit gleichzeitig zu erlangen ist. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Pädiatrie.

Antiskorbutische Dauerpräparate

sind nach Gralka (Univ.-Kinderklinik, Breslau) wenig wirksam. Während 40 g Weißkohl oder 40 g Mohrrüben im Tierversuch Skorbut prompt verhüten, wird diese Wirkung stark abgeschwächt oder fällt ganz aus, wenn die Mohrrüben erfroren, getrocknet oder sonst irgendwie verändert sind. Der frisch ausgepreßte Mohrrübensaft erleidet nach fünf bis acht Tagen erhebliche Einbuße an Wirksamkeit. Am empfindlichsten ist das antiskorbutische Vitamin gegen alle Trocknungsprozesse. Gemüsetrockenpulver sind im Tierexperiment ganz wirkungslos. Autolytisch aus Mohrrüben gewonnener Extrakt (Rubio) ist zwar nicht unwirksam, aber sein Effekt ist schwach und tritt nur verzögert ein. Daher kommen für die Verabreichung antiskorbutischer Stoffe nur möglichst frische, unbeschädigte Gemüse und Früchte in roher Form in Betracht. (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 50, H. 5/6, 1923.)

Dringliche Chirurgie bei Säuglingen.

Aus einem Fortbildungvortrag von Professor F. Friedländer (Wien).

Forzepsnekrosen. Nach Zangengeburten entstehen zuweilen am Schädel flache Abszesse, die trotz Inzision nicht abheilen wollen, bis sich schließlich ein kleiner Kortikalsequester abstößt.

Die Epiphysenlösung des Oberarmkopfes entsteht als typische Geburtsverletzung beim Vorschieben des in den Nacken geschlagenen Armes. Da abnorme Beweglichkeit wegen der Gelenknähe der Fraktur schwer nachweisbar ist, Krepitation (Knorpelbruch!) und häufig auch Schwellung durch Hämatom fehlen, wird der Bruch häufig übersehen. Das Kind bewegt aber den Arm in der ersten Woche gar nicht (später stellt sich wieder eine gewisse Beweglichkeit her), der Arm wird

stets in typischer Pronation gehalten und bleibt im Wachstum zurück. Die Dislokation muß beseitigt und der Arm in korrigierter Stellung (nach außen rotiert) fixiert werden. Da der Säugling komplizierte Verbände nicht verträgt, geschieht dies am besten so, daß man dem Kind ein Jäckchen anzieht und es damit auf einer festen Matratze fixiert; der Arm wird im Ellbogen rechtwinkelig gebeugt so nach außen umgelegt, daß die Ulnarseite des Vorderarmes ganz der Matratze anliegt und an dieser so befestigt wird. Nach einer Woche kann das Jäckchen gewechselt und schon nach drei Wochen der Arm freigegeben werden.

Die typische Oberschenkelfraktur sitzt subtrochanter und zeigt deutlich Dislokation (Knickung nach vorn außen), Krepitation und abnorme Beweglichkeit. Therapie: Fixationsverband durch drei Wochen in folgender Stellung: beide Hüftgelenke unter leichter Abduktion der Oberschenkel spitzwinkelig gebeugt. Der Verband (Faschen) muß Genitale und After freilassen, kann gleichzeitig den Nabelverband fixieren und wird durch eine Hosenträgertour um die Schulter am Abrutschen kaudalwärts verhindert.

Auch andere Frakturen (Unterschenkel usw.) kommen vor, sie haben zuweilen eine schlechte Heilungstendenz und führen zu Pseudarthrosen. Metastatische Eiterungen, Osteomyelitis usw. sind selten trotz den häufigen Nabelinfektionen, Furunkulosen, eiternden Ekzemen. Die Unterscheidung zwischen Osteomyelitis und subperiostaler Blutung bei Barlow ist oft nur röntgenologisch möglich.

Eine eigenartige Erkrankung bei Säuglingen ist die Kieferosteomyelitis, die wahrscheinlich von den Zahnkeimen ausgeht. Es kommt zu fieberhafter Schwellung der Weichteile, die im Bereiche des Fornix und des harten Gaumens durch Eiter abgehoben werden. Greift der Prozeß auf die orbitale Fläche des Oberkiefers über, so entsteht ein retrobulbärer Abszeß mit Protrusio bulbi und Chemosis, der den Sehnerven gefährdet. Hier tut rasche Hilfe not. Man erreicht am besten alle Eiterherde, wenn man vom Munde aus die Gesichtsweichteile bis über den Orbitalrand ablöst.

Akute Gelenkseiterungen, namentlich in Hüfte und Knie, sind nicht selten. Da an der Hüfte die Schwellung erst spät auffällig wird, wird hier der Prozeß nicht selten übersehen. Das Kind fiebert hoch und schreit jämmerlich beim Trockenlegen. Da der Prozeß oft von Diarrhoen begleitet wird, denkt man meist nur an einen Darmkatarrh. Die zarte Kapsel wird sehr rasch überdehnt, der Eiter kann durchbrechen oder resorbiert werden und es kommt zur intrakapsulären Hüftluxation, die lange Zeit hindurch übersehen werden kann, da zunächst nur geringe Stellungsanomalien resultieren. Wenn man aber an das Hüftgelenk als Fieberursache denkt, so wird schon frühzeitig, noch lange bevor eine Schwellung da ist, die Vergrößerung der Distanz zwischen Trochanter und Symphyse infolge der Abdrängung des Kopfes auffallen und ebenso die Lockerung des Gelenkes bei axialem Zug am Femur. Man kann bei Bewegungsversuchen auch eine leise Knorpelkrepitation und ein Einschnappen des Kopfes in die Pfanne fühlen. Wenn man frühzeitig das Gelenk eröffnet und den Eiter abläßt, bevor noch ein periartikulärer Abszeß entstanden, der Knorpelbelag beschädigt oder gar schon eine entzündliche Epiphysenlösung eingetreten ist, so gelingen Reposition und Retention des Kopfes leicht und es ist noch funktionelle Heilung möglich. Die Frühinzision ist auch bei der nicht seltenen tuberkulösen Ursache der Säuglingspyarthrosen angezeigt.

S p a l t b i l d u n g e n. Lippenspalten (Hasenscharte) werden erst nach dem ersten Halbjahr, Gaumenspalten im zweiten und dritten Lebensjahr operiert. Etwas größere N a b e l s c h n u r b r ü c h e müssen sofort operiert werden, da sie das Leben des Kindes gefährden. Denn die fast durchsichtige Bruchhülle, das Amnion, zerfällt sehr rasch, so daß der Bruchinhalt (Darm, Magen, Leber usw.) schutzlos der peritonealen Infektion ausgesetzt ist. Nach sorgfältigem Abbinden der Nabelstranggefäße werden Bruchring und Bruchsack exzidiert, der Bruchinhalt reponiert. und die Bauchwand durch tiefgreifende Nähte geschlossen, wobei man achtgeben muß, den eventuell hochstehenden Harnblasenscheitel oder persistierenden Urachus nicht mitzufassen. Die früher geübte Ligatur des Bruchsackhalses ist nicht unbedenklich, da sie einen Darmzipf mitfassen kann. Ist einmal die Amnionhülle defekt geworden, so gehen die Kinder fast ausnahmslos mit und ohne Operation an Peritonitis zugrunde.

I n v a g i n a t i o n d e s p e r s i s t i e r e n d e n D u c t u s o m p h a l o - e n t e r i c u s. Manchmal sieht man am Nabel rote wulstige Gebilde, die mit Lapis leicht zu beseitigen sind, wenn es sich nur um Granulationen (Sarkomphalus) handelt. Es kann aber auch Schleimhaut vorliegen, erkenntlich an der zäh-schleimigen Sekretion und an der Muskelkontraktion bei Berührung. Mit der Sonde kann man zwischen den Falten in den Eingang eines Kanales gelangen, der entweder blind endigt oder bis ins untere Ileum führt, so daß ab und zu durch den Nabel etwas Darminhalt abfließt. Eine Operation ist erst dann dringend indiziert, wenn dieser Schleimhautkanal sich invaginiert und vor dem Nabel prolabiert, da er das untere Ileum mit sich zieht und dadurch dessen Lumen verschließt. Der Duktus wird im Nabelbereich umschnitten, vorgezogen, aus der Darmwand exzidiert und die Darmlücke sorgfältig verschlossen.

Bei A t r e s i a a n i oder r e c t i muß sofort operativ ein möglichst normal sitzender After geschaffen werden, um dem Mekonium Abfluß zu ermöglichen. Bei höher gelegenen Atresien sind die Kinder meist verloren.

Wenn bei P y l o r o s p a s m u s die interne Therapie versagt, so macht man entweder die Gastroenterostomie oder die Pylorotomie nach Weber und Ramstedt, wobei der spastische Muskelring des Pylorus bis zur Schleimhaut durchtrennt wird. Man kann den Schnitt wieder nähen oder klaffen lassen und ihn mit Netz decken, jedenfalls ist der Pylorus sofort wegsam. Der Eingriff ist sehr einfach, in zehn Minuten zu beenden und von prompter Wirkung.

A k u t e r D a r m v e r s c h l u ß ist nicht selten. Das Kind erbricht jede Nahrung mit Beimengung von Galle, ein Zeichen für den Sitz des Hindernisses unterhalb der Papilla Vateri (im Gegensatz zum Pylorospasmus). In der rechten Hälfte des sonst ganz eingesunkenen Oberbauches kann Darmblähung und Steifung zu sehen sein. Wenn regelmäßige Magenspülung und Bauchlage mit erhöhtem Becken versagen, so muß man f r ü h z e i t i g gastroenterostomieren. Praktisch kommen fast nur Invagination, aber auch Brucheinklemmung in Betracht. Die wichtigsten Symptome der Invagination sind plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen, die sich anfallsweise wiederholen, Sistieren von Stuhl und Winden, Palpation eines weichen, walzenförmigen Tumors im Abdomen, der bei jedem Schmerzanfall in der Richtung des Kolons wandert und in vorgeschrittenen Fällen rektal palpabel werden kann; Abgang von Blut und blutigem Schleim aus dem Anus, oft unter Tenesmus; Erschlaffung des Sphinkters und Klaffen des Anus (in 50% der Fälle). In solchen Fällen verliere man keine Zeit

mit hohen Irrigationen u. dgl., sondern schreite sofort zur Laparatomie. Selbstverständlich darf man nicht alle Symptome abwarten.

Inkarzerierte Hernien (plötzlicher Schmerz mit Aufschreien des Kindes, Schweißausbruch, Kollapszeichen, Härte- und Druckempfindlichkeit des Bruches, Schwellung und Empfindlichkeit des gleichseitigen Hodens) gehen fast stets im warmen Bad spontan zurück. Andernfalls Operation. Vor Verwechslung mit Kotstauung im vorgelagerten Darm (meist in linksseitiger Leistenhernie bei atrophischen Säuglingen), die durch einige Klysmen beseitigt wird, oder mit Hydrokele schützt vor allem das ungestörte Allgemeinbefinden des Säuglings. (W. m. W. Nr. 2, 1923.)

Die Pyelitis bei Neugeborenen.

Die Pyelonephritis bei älteren Säuglingen ist seit den Publikationen Escherichs bekannt und gewürdigt. Aber auch bei ganz jungen Säuglingen kommt sie, wie Runge (Univ.-Frauenklinik, Kiel) berichtet, manchmal vor. Man findet hohes Fieber, der Urin enthält reichlich Leukozyten und Kolibazillen in Reinkultur. Die Kolibazillen können durch die Urethra einwandern, die ja oft mit Kot in langer Berührung steht, oder durch die unverletzte Darmwand in den Urogenitaltrakt gelangen. Beim Brustkind ist die Erkrankung selten und verläuft milder, weil der Darm wenig Kolibazillen enthält. Aber beim künstlich genährten Säugling sind die Kolibazillen reichlich vorhanden und die Gelegenheit zu Masseninfektion gegeben. So bekam ein Säugling am dritten Lebenstage, an welchem er von der Mutterbrust abgesetzt werden mußte, eine heftige, tödlich endigende Pyelozystitis. Die Therapie vermag in solchen Fällen viel; von behandelten Kindern sterben nur 10%, von unbehandelten viel mehr. Alkalisierung durch Emsersalz- und Urotropingaben, dauernd reichliche Flüssigkeitszufuhr enteral und parenteral und womöglich Ammenmilchernährung sind die wirksamen Behandlungsmittel. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 8, 1923.)

Säuglingslues — Neosalvarsan rektal.

Bei Säuglingen und Kindern bis zu einem Jahre stößt die venöse Einverleibung des Neosalvarsans bisweilen auf Schwierigkeiten. Diesen suchen Modigliana und Castana durch die rektale Applikation des Mittels zu begegnen.

Letztere hat den Vorteil, technisch einfacher und fast stets anwendbar zu sein; dem steht als Nachteil gegenüber, daß sich die Resorption des Medikaments nicht so sicher, wie bei der venösen Einspritzung überblicken läßt.

Bis zum Verschwinden der positiven Wassermannschen Reaktion (nicht der klinischen Erscheinungen allein) sind vier bis sieben Klysmen erforderlich, die mit einem Zwischenraum von fünf bis sieben Tagen zwischen den einzelnen Eingießungen gemacht werden sollen. Man beginnt mit kleinen Dosen von 0.10 bis 0.15 (bei Kindern bis zu einem Jahr) bis höchstens 0.60. Im allgemeinen richtet man sich nach dem Körpergewicht und rechnet pro Kilogramm 0.021 bis 0.04, maximal 0.147; doch werden solche hohe Dosen manchmal nicht vertragen.

Die Ausscheidung des rektal einverleibten Neosalvarsans beginnt bereits innerhalb der zweiten Stunde nachher und dauert bis zum fünften bis siebenten Tag. Am stärksten ist sie ungefähr acht Stunden nach dem Klysma. (La Pediatria, 1. und 15. März 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Dyshidrosis sicca lamellosa.

Im Frühjahr und anfangs des Sommers ist die Dyshidrosis oder Cheiropompholyx (pompholyx = die Wasserblase) eine häufige Erkrankung. Die Finger bedecken sich mit eitrigen, zum Teil aufbrechenden Blasen, und am Grunde der Blase findet man unter der erodierten Epidermis eitrige, wunde, empfindliche und leicht blutende Stellen. Fließen mehrere der linsengroßen Blasen zusammen, so sind auch größere derartige Flächen zu beobachten. So garstig dieses Krankheitsbild sich darstellt, so rasch kann es zur Freude des Patienten geheilt werden. Nach Reinigung mit Alkohol oder Benzin mit der von Prof. Schwimmer empfohlenen indifferenten Wachssalbe umwickelt, heilt es spurlos nach drei bis vier Tagen.

Wenn auch nicht so häßlich, so vielleicht doch noch unangenehmer ist die einfache Wasserblasenform der Dyshidrosis, die nach Porosz (Budapest) jetzt besonders häufig beobachtet wird. Auf der Hand, gewöhnlich auch auf den Füßen entstehen pfefferkorn- bis seltener linsengroße, dickwandige, mit Serum gefüllte Blasen, die Jucken, Brennen und Schmerzen bis zum Nichtgehenkönnen verursachen. Nach dem Aufstechen oder Eintrocknen der Bläschen folgt Abschilferung. Oft aber ist überhaupt nur die Abschuppung zu sehen, und auch diese ist äußerst lästig. Sie behindert das Tastgefühl, macht eine trockene, glatte Haut, wie nach Verbrennung mit einem heißen Metallgegenstand oder wie „nach Berührung mit Laugenstein". Die Patienten reißen und schneiden an den sie behindernden freien Epidermisrändern der Bläschen und Schuppen und schämen sich manchmal sogar diese rauhe Hand jemandem zu reichen. Die Heilung auch dieser Form der Dyshidrosis ist nach Porosz sehr leicht. Es handelt sich darum, die Verdickung der obersten Epidermisschicht zu bekämpfen, und das bewirkt die Salizylsäure. Man verordnet je nach dem Grade eine 3- bis 5- bis 10%ige Salizyl-Wachs-Salbe, verreibt diese nach Abwaschung und Abtrocknung der Hand so lange, bis die Haut nicht mehr fett und schlüpfrig ist. Eventuell läßt man die Salbe abends einreiben und über Nacht Handschuhe anziehen. Die Salbe schmilzt die freistehenden Epidermisstellen geradezu ein und bewirkt in drei bis vier Tagen volle Heilung. (Derm. Wschr. Nr. 10, 1923.)

Eine schwere Enzephalitis nach Silbersalvarsan

mit tonischen Krämpfen des ganzen Körpers, Erbrechen, Benommenheit und Schlafsucht konnte v. Voithenberg durch tägliche subkutane Injektion (durch drei Tage) von je 0.001 Suprarenin heilen. (D. m. W. Nr. 7, 1923.)

Zur Technik der Kohlensäureschneebehandlung

schreibt Dozent H. Hecht (Prag): Bei kleinen Naevi pigmentosi u. dgl. ist die Behandlung mit Kohlensäureschnee die Methode der Wahl; sie gibt die kosmetisch besten Resultate und ist technisch nicht schwierig. Bei größeren Naevi pflegt man etappenweise vorzugehen; das hat aber seine Nachteile, da man nie exakt einen Kohlensäurezylinder an den zweiten ohne Zwischenraum legen kann und die Narben dann entsprechend der verschiedenen Behandlungsdauer und -intensität verschieden aussehen, abgesehen davon, daß der Kranke den Schmerz wiederholt mitmachen muß. Man verfertige sich daher zunächst nach einer Abpausung des Naevus

eine Stentsform und mache in dieser ein genaues Gipsnegativ, das man nun aufsetzt und mit Kohlensäureschnee füllt. Bei Abnahme des Negativs nach einer halben bis zwei Minuten ist der ganze Naevus festgefroren und schneeweiß, gegen die Umgebung scharf abgesetzt. Man streut nun reichlich Dermatol auf und legt einen Verband an; Heilung in zwei bis drei Wochen.

Diese Art der Behandlung ist auch zu empfehlen für Naevi flammei, Angiome, Acne rosacea, Lupus erythematodes, Ulcus rodens u. dgl. Bei Behandlung der „roten Nase" (Acne rosacea) wird ein Gipsnegativ gegossen; danach macht man sich ein Positiv. Das Negativ wird mit Kohlensäureschnee gefüllt, das Positiv fest hineingepreßt; dann erst legt man das Negativ mit dem innen fest haftenden Kohlensäuremantel an die Nase an und läßt es unter mäßigem Druck 15 bis 30 Sekunden liegen. Nach Abstoßung der Kruste ist die Nasenhaut blaß. (Derm. Ztschr., Bd. **37**, H. 5/6, 1923.)

Um Vergiftungen bei der Resorzinbehandlung zu vermeiden

(Phenolintoxikation), rät Prof. Ehrmann (Wien) bei Kindern nur ganz kleine Hautflächen mit Resorzin zu behandeln und höchstens ¼ bis ½%ige Lösungen zu verwenden. Ätzpasten (spitze Kondylome, Lupus) dürfen höchstens 30%ig sein und auf Flächen von höchstens Flachhandgröße appliziert werden, um nach je fünf bis sechs Tagen durch eine milde Borsalbe abgelöst zu werden. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Urologie.

Aseptische Dilatation der Harnwege.

So nennt Prof. Voelcker (Halle) folgenden gar nicht seltenen Zustand. Eine allmählich aufgetretene Prostatahypertrophie ist von dem Kranken nicht bemerkt worden. Die Menge des Restharnes in der Blase ist ohne jegliche Beschwerden immer mehr gestiegen, das kann unbemerkt bis zu 1 l Restharn geschehen. Natürlich bleibt dieser ständige Restharn nicht ohne Einwirkung auf den Organismus. Die Entleerung des Urins aus Nierenbecken und Ureteren ist erschwert, die Harnschlacken bleiben im Körper zurück, äußern sich in vermehrtem Blutdruck, in ständigem starkem Durst, Polyurie, Appetitlosigkeit, zunehmender Kachexie, Nervosität und charakteristischer Schlaflosigkeit. Wiederholt wurde bei solchen Patienten Magenkrebs diagnostiziert und Operation angeraten. Den Erfahrenen bringt vor allem die Klage über Durst und Polyurie (besonders nachts) auf die richtige Spur, und die Perkussion ergibt eine hoch über der Symphyse stehende volle Blase und Prostatavergrößerung.

Der Arzt darf solche Blase ja nicht sofort mit dem Katheter entleeren! Die Folgen sind Versagen der Niere infolge Änderung der Druckverhältnisse bis zur völligen Anurie, gefährliche Blutungen oder Infektion, für welche solche Blasen besonders empfänglich sind. So hatte ein Arzt in einem solchen Falle katheterisiert; schon nach zwei Stunden trat Schüttelfrost und Anurie ein, der Kranke starb innerhalb zwei Tagen; weder er noch seine Angehörigen hatten vorher gewußt, daß er überhaupt krank war.

In solchen Fällen gebe man zunächst dem Kranken durch einige Tage eine Harndesinfiziens (Urotropin oder Salol). Erst nach einigen Tagen

darf man annehmen, daß der Harn genügend antiseptische Eigenschaften hat, und entleere nun mit dem Katheter etwa 200 bis 300 cm³ und wiederhole das in Abständen von etwa zwei Tagen. So entleert man in zwei bis drei Wochen endlich die Blase ganz und gehe nun zum Verweilkatheter oder zu täglich zweimaligem Katheterisieren über. Die Folge ist Sinken der Urinmenge, Schwinden des Durstes und zusehends rasche Besserung des Allgemeinbefindens. — Auch die Prostatektomie darf in solchen Fällen erst nach längerer Vorbereitung vorgenommen werden. (D. m. W. Nr. 9, 1923.)

Prostatahypertrophie — Vasektomie.

Gegen Ende des vorigen Jahrhunderts suchte man bei Prostatahypertrophie Besserung durch Kastration zu erzielen, von der man eine Schrumpfung der Prostata erwartete. Doch geriet das Verfahren dann in Vergessenheit zugunsten der Prostatektomie. Erst im Jahre 1921 empfahl Prof. Haberer neuerdings die Vasektomie. Er hatte diese Operation ursprünglich als Voroperation der Prostatektomie ausgeführt, um die nach dieser häufige Epididymitis zu vermeiden; bald aber beobachtete er, daß die Vasektomie oft schon allein solche Besserung der Beschwerden bewirkte, daß die Prostatektomie überflüssig wurde. Landau (I. Chir. Univ.-Klinik, Charité, Berlin) kann diese Beobachtung vollauf bestätigen. In 60% seiner Fälle hatte die Vasektomie vollen Erfolg, das heißt die Kranken konnten wieder spontan im Strahl urinieren und hatten auch sonst keine Beschwerden, die Prostata war deutlich verkleinert. Der kleine Eingriff wird in Lokalanästhesie ausgeführt; es wird beiderseits je ein 2 bis 3 cm langes Stück des Ductus deferens reseziert, die Stümpfe unterbunden und die Haut durch Naht geschlossen. Der Verweilkatheter wird nach zehn Tagen entfernt; geht dann die Miktion noch nicht spontan vonstatten, so wird er neuerlich eingeführt; kann der Kranke sechs Wochen nach der Operation noch nicht spontan urinieren, so ist kein Erfolg mehr zu erwarten.

Es ist sehr bedeutsam, daß wir durch diese ungefährliche Operation oft die schwere Prostatektomie vermeiden können. Wo die Vasektomie keinen Erfolg hat, kann man immer noch die Prostatektomie folgen lassen. Ferner ist die Vasektomie bei allen dekrepiden Kranken zu versuchen, denen man keine Prostatektomie zumuten kann. — Daß bei der Vasektomie die Potentia generandi verloren geht, ist bei dem meist hohen Alter der Patienten wohl bedeutungslos. — Eine „Verjüngung" im Sinne Steinachs konnte Verfasser nach der Operation nicht konstatieren. (Klin. Wschr. Nr. 6, 1923.)

Augenheilkunde.

Panitrin bei Augenleiden.

Das mehrfach bei Otosklerose empfohlene Panitrin (Böhringer-Ingelheim) ist ein energisches Gefäßmittel, bestehend aus Papaverinnitrit, das in Diäthylazetamid gelöst ist und in Ampullen à 1 cm³ im Handel ist. M. Falta (Szeged) berichtet nun über erstaunliche Erfolge mit dem Mittel auch bei Augenleiden, die auf abnorme Blutzirkulation zurückgeführt werden (chronisches Glaukom, Thrombose der Vena centralis retinae, senile Makuladegeneration, Asthenopia nervosa). Es wurde einmal wöchentlich 1 cm³ subkutan hinter dem Ohre injiziert, nachdem diese Stelle

mit einigen Teilstrichen einer 1%igen Novokainlösung anästhesiert worden war. Da es sich um therapeutisch schwer beeinflußbare Leiden handelt und Schädigungen nicht zu befürchten sind, kann die Nachprüfung der Methode empfohlen werden. (W. kl. W. Nr. 11, 1923.)

Trachombehandlung mit subkonjunktivalen Injektionen von Hydrargyrum cyanatum.

Aus Tunis wird von E. Junes über eine zuerst von Cuenod, später von zahlreichen Ärzten (in Indien, Rußland, Rumänien, Amerika) mit glänzendem Erfolge angewendete Methode berichtet, welche bei floridem Trachom (lymphoide Infiltration der Schleimhaut, Pannus) durch Einspritzung von Hydrargyrum cyanatum unter die Bulbusbindehaut im Laufe eines Monats vollständige Heilung erzielt. Die Technik ist folgende:

Vorerst Anästhesierung der Bindehaut durch mehrmalige, alle drei bis vier Minuten erfolgende Instillation in den Bindehautsack von zwei Tropfen nachstehender Lösung: Cocaini hydrochl. 0.50, Solut. Adrenalini (1:1000) guttas V, aquae destill. ad 10.0.

Eine Viertelstunde später werden unter streng aseptischen Kautelen 2 cm^3 folgender Lösung erwärmt subkonjunktival in den äußeren, oberen Quadranten des Bulbus, zwischen den Mm. rectus superior und externus, zirka 6 bis 7 mm vom Limbus entfernt, sehr langsam eingespritzt. Hydrarg. cyanati 0.01. Cocaini hydrochl. 0.30, Aquae destill. sterilis. ad 30.00. Der Patient soll hiebei stark nach unten und innen schauen. Bei noch mangelnder Übung empfiehlt sich das Einlegen des Lidhalters und das zarte Anheben einer Bindehautfalte mit der Pinzette, um nicht zu tief zu stechen. Die sehr feine, scharfe und glatte Nadel soll nur bis zum Verschwinden der Öffnung ihrer Spitze in die Bindehaut eindringen. Bei der Injektion entsteht ein lokales Ödem (Chemosis) um den Limbus herum, nach einer halben bis einer Stunde rötet sich das Auge, schwillt an, tränt und schmerzt ziemlich stark. Der Patient ist hierüber zu informieren, erhält eine halbe Stunde vor und bei der Injektion je 0.50 Aspirin, bleibt nachher mit verbundenen Augen im verdunkelten Zimmer, macht kalte (oder warme) Umschläge auf das Auge. Die Schmerzen lassen nach einigen Stunden nach, die Schwellung geht nach fünf bis sechs Tagen zurück. Nach drei bis vier Wochen können die Patienten wieder ihrem Beruf nachgehen. Die Nachbehandlung besteht in Eintropfung von Cupri sulfurici 1.0, Guajacoli 0.20, Glycerini purissimi ad 10.0.

Im allgemeinen genügt eine einzige Injektion, doch kann diese erforderlichenfalls (nach vollständigem Ablauf der Reaktion!) erneuert werden, wozu eventuell auch der untere, äußere Quadrant benützt wird.

Endgültige Heilung erfolgt allerdings nicht, wohl aber sind die Rückfälle seltener, als bei anderen Methoden; die Kranken müssen also überwacht werden. Kontraindiziert ist die Methode beim akuten und beim Narbentrachom. (Gazette des hopitaux, 15. bis 22. Februar 1923.)

Stomato-, Rhino- und Otologie.

Gurgelwässer.

Nach Prof. G. Finder, Berlin.

Die Temperatur der Gurgelwässer soll im allgemeinen lauwarm sein, nur bei akut entzündlichen, besonders phlegmonösen Prozessen im Be-

reiche des Mundrachens wird kalte und sogar eiskalte Temperatur der Flüssigkeit als angenehm und schmerzstillend empfunden. Die medikamentösen Stoffe sollen im Gurgelwasser nicht in zu hoher Konzentration enthalten und auch in größerer Menge ungiftig sein, da leicht (besonders von Kindern) etwas geschluckt wird. Daher ist von dem früher so beliebten, aber recht giftigen Kalium chloricum am besten ganz abzusehen.

Gurgelwässer können verordnet werden, um die Mund-Rachenhöhle von großen Mengen Sekret zu reinigen, daselbst anhaftenden zähen Schleim zu lösen, adstringierend und desinfizierend auf die Schleimhaut zu wirken. Dem ersten Zweck genügen alkalische Wässer, wie 1- bis 2%ige Lösung von Natrium bicarbonicum oder eines der bekannten alkalisch-muriatischen oder kochsalzhältigen Brunnenwässer (Ems, Salzbrunn, Wiesbaden), bzw. eine Lösung des künstlich hergestellten Brunnenwassers (Sandow) in Wasser. Als adstringierendes und sekretionsbeschränkendes Gurgelwasser behauptet sich in der Wertschätzung der Ärzte und Patienten der Liqu. alumin. acet. (einen Teelöffel in einem Glas Wasser), bezw. der Liqu. alumin. acetico-tartaric. (Alsol), der aber in größerer Verdünnung (¼ bis ½ Teelöffel auf ein Glas Wasser) verordnet werden muß, oder die ameisensaure Tonerde (Ormicet). Auch folgende Lösung wirkt reinigend und leicht desinfizierend: Rp: Boracis, Glycerini, Tinctur. Myrrhae ana 15.0, Aqu. dest. ad 300.0. — Als desodorierendes und desinfizierendes Gurgelwasser kommt vor allem in Betracht Wasserstoffsuperoxydlösung (einen Teelöffel auf ein Glas Wasser), ferner 1- bis 2%ige Lösung von Natr. sozojodolicum. Ein recht angenehmes Gurgelwasser, welches Menthol, Wasserstoffsuperoxyd und Alkohol enthält, kommt unter dem Namen „Menthoxol" in den Handel. (D. m. W. Nr. 9, 1923.)

Zur Behandlung der Otitis media acuta.

v. Liebermann (Budapest) vermeidet ausgedehnte Parazentesen, weil durch die Blutung und Schwellung der hiebei verletzten Paukenhöhlenschleimhaut der Zugang zur Paukenhöhle verlegt, der Eiterabfluß erschwert wird und die Blutgerinnsel einen günstigen Nährboden für die Eitererreger abgeben. Große Parazentesen heilen auch viel schwerer zu, indem das Trommelfell häufig mit der Antrumschleimhaut verwächst. Am besten bewähren sich kleine, zentrale Parazentesestiche. Durch leichten Überdruck im gereinigten äußeren Gehörgang (Luftdusche mittels Ballon und eingepaßter Olive, Schluckbewegungen) gelingt es leicht auch durch kleine Perforationen Medikamente (3% H_2O_2, später mit Zusatz von frischer 3% Boralkohol- oder 0.5% Salizylalkohollösung, abwechselnd mit 1 bis 2% Lapis) in die Paukenhöhle zu bringen und weiter sogar die Tube zu durchspülen. Es genügt oft auch, wenn Pat. mehrmals täglich den gereinigten äußeren Gehörgang mit 3% H_2O_2 anfüllt und gleich darauf das Ohr mit dem Finger fest verschließt, bis er unter Schluckbewegungen das Durchfließen des Medikamentes nach dem Rachen fühlt. Schleimhautschwellungen müssen vorher durch Einträufeln von zwei bis drei Tropfen Suprarenin (Tonogen u. dgl.) beseitigt werden. Größere Prolapse werden durch Adstringentien (Salizylsäure in Pulverform, Alumen ustum oder crudum, reines Zinkoxyd), durch Ätzungen mit Chromsäure, Trichloressigsäure, Lapis causticus u. dgl. oder mit dem Galvanokauter entfernt. Das Einträufeln von 5% Karbolglyzerin eignet sich am besten für ganz chronische, wenig sezernierende Fälle. (W. Kl. W. Nr. 11, 1923.)

Diagnose.

Arterieller Sauerstoffmangel (Hypoxämie) — Nachweis am Krankenbette.

Hürter hat (1912) nachgewiesen, daß man ohne Schaden auch eine Arterie punktieren und die Blutgasanalyse des gewonnenen Blutes machen kann. Doch eignet sich dieses Verfahren naturgemäß nicht für die Praxis. Der Nachweis der schlechten Sauerstoffversorgung des Kreislaufes ist aber oft wichtig, um die Fälle zu bestimmen, in welchen die Sauerstoffeinatmung hilft. Zyanotisches Aussehen ist durchaus nicht gleichbedeutend mit Sauerstoffmangel. So besteht bei kardialer Stauung mit Zyanose kein Sauerstoffmangel und hilft daher auch die Sauerstofftherapie nicht. Nur wo die Funktion der Lungen ausgeschaltet oder herabgesetzt ist, entsteht arterieller Sauerstoffmangel (Hypoxämie) und nützt die Sauerstoffeinatmung. Das ist z. B. der Fall bei Emphysem höheren Grades, bei Kapillarbronchitis, bei ausgedehnten Pleuraschwarten und -ergüssen, bei Pneumonie und ausgebreiteter Tuberkulose, bei Cheyne-Stokeschem Atmen usw.

Prof. Porges und Kauders (Wien) geben eine einfache Methode zum Nachweis der Hypoxämie an. Man entnimmt durch gewöhnlichen Einstich am Ohrläppchen (welches man vorher fest reibt) einige Tropfen Blut, fängt dieses in einer Glaspipette auf, die 2 mm Durchmesser hat und zu einer kapillaren Spitze ausgezogen ist, und vergleicht die Färbung dieses Blutes mit ebenso entnommenem und behandeltem Blute eines Gesunden. Wenn die Vergleichung nicht länger als eine halbe Stunde nach der Entnahme und bei Tageslicht erfolgt, läßt sich die Hypoxämie außerordentlich deutlich und bestimmt erkennen, wie einjährige Erprobung an der I. Wiener med. Klinik erwiesen hat. Das Blut des hypoxämischen Kranken erscheint viel dunkler.

Der Probe kommt neben der Indikationsstellung für die Sauerstofftherapie noch eine fernere praktische Bedeutung zu. Bei pulmonaler Dyspnoe erlebt man oft nach einer einzigen Morphiuminjektion bedrohlichste Zustände, da durch das Morphium die Atmung herabgesetzt wird und der Sauerstoffgehalt des Blutes in gefährlichster Weise vermindert werden kann. Man soll daher bei dyspnoischen Zuständen nur dann Morphium anwenden, wenn die oben geschilderte Probe keine wesentliche Hypoxämie anzeigt. (Klin. Wschr. Nr. 6, 1923.)

Eine Methode zum serologischen Nachweis aktiver Tuberkulose

gibt v. Wassermann (der Entdecker der Wassermann-Reaktion) an. Das Serum von tuberkulös Kranken ist ausgesprochen lipophil. Es verlangt daher im Antigen die Anwesenheit einer bestimmten Menge von Phosphatiden und gehört dadurch serodiagnostisch in eine Gruppe mit dem Syphilisserum. Es bedarf außer dem Lipoid im Antigen noch einer anderen Komponente, die optimal im Tuberkelbazillenprotoplasma enthalten ist. An Lipoiden muß im Antigen mehr vorhanden sein, als man im Antigen eines Serums Gesunder benötigen würde, um eine positive serodiagnostische Reaktion zu ergeben. So kann man durch vorheriges Entfetten von Tuberkelbazillen und nachträglich abgestimmten Zusatz von Phosphatiden ein Antigen so einstellen, daß es nur mit dem Serum von aktiv tuberkulös Kranken eine spezifische Seroreaktion ergibt. Das Serum wird von der Firma J. D. Riedel, A.-G., Berlin-Britz, hergestellt. (D. m. W. Nr. 10, 1923.)

Zur Färbung der Tuberkelbazillen

eignet sich nach Ulrichs (Finsterwalde) für die Praxis am besten die von Kressenboom modifizierte Spenglersche Pikrinfärbung. Sie liefert weitaus deutlichere und sicherere Resultate als die alte Ziehl-Neelsensche Methode und erübrigt völlig die Anreicherungsmethoden.

1. Färben mit Karbolfuchsin unter leichtem zweimaligem Erwärmen (Erhitzen verändert Form und Färbbarkeit der Bazillen!).
2. Abspülen mit Wasser.
3. Entfärben mit 20%iger Salpetersäure.
4. Abspülen mit Wasser.
5. Ein bis zwei Minuten Färben mit 1%iger Pikrinsäure, gelöst in 60%igem Alkohol.
6. Entfärben mit 70%igem Spiritus.
7. Abspülen mit Wasser.
8. Gegenfärben eine halbe bis eine Minute lang mit stark verdünnter Methylenblaulösung (ein Teil Methylenblau Löffler, 20 Teile Aqu. dest.).
9. Kurzes Abspülen mit Wasser.

Als Sporenfärbung ist ausgezeichnet die Kronbergsche Jodfärbung, bei der an Stelle des Pikrinalkohols Jodalkohol tritt (Jodtinktur 20.0, 60%iger Spiritus 80.0). Gegenfärbung nur einige Sekunden, gutes Abspülen mit Wasser. (Tbc.-Fürsorgeblatt, H. 3, 1923.)

Aus der Praxis.

Zur Behandlung des Wundbettfiebers.

Von Dr. P. W. Philipp in Döbeln.

Bei Wundbettfieber (puerperaler Thrombose, Bauchfellentzündung usw.) und septischem Abort, wo bereits alle Symptome beginnender Sepsis und mehrfach Schüttelfröste, Magendruck, Aufstoßen, Erbrechen, aufgetriebener Leib, Blasenstörungen, kleiner schneller Puls und hohes Fieber vorhanden waren, gelang es mir in fünf Fällen (zwei Thrombosen, drei septische Aborte) durch nachfolgende Therapie völlige Heilung zu erzielen: Ich injizierte von folgender Lösung:

Rp:	Jodi puri		0.1
	Ol. Terebinth. rect.		0.9
	Olei olivar.	ad	10.0.

zunächst drei Tage hintereinander je 1 cm^3 subkutan (intramuskulär wurde die Injektion schmerzhafter empfunden) in den Oberschenkel. Dabei wechsle ich, weil die Einspritzung manchmal eine einige Tage empfindliche Schwellung hinterläßt, zwischen rechtem und linkem Oberschenkel ab. Bei Thrombose einer Seite spritze ich natürlich nur am gesunden Oberschenkel, wechsle aber die Hautstelle; bei doppelseitiger Thrombose injiziere ich in die Bauchhaut. Am vierten Behandlungstage Pause, am fünften Tage weitere Injektion, dann zwei Tage Pause, am achten Tage die sechste Injektion. — Nach vier bis sechs Tagen waren bei allen fünf Fällen, die zum Teil einen recht desolaten Eindruck gemacht hatten, alle bedrohlichen Symptome verschwunden. Das Fieber sank allmählich (lytisch), um ab- und zu noch einmal aufzuflackern, bis es nach etwa 14 Tagen gänzlich erlosch.

Neben der Injektionstherapie lauwarme Leibumschläge, bzw. Packungen der ganzen unteren Extremitäten (bei Thrombose), die alle zwei Stunden erneuert werden; Hochlagerung der geschwollenen Beine nach Entfieberung. Dazu etwa 14 Tage strenge Diät: Milch, Buttermilch, Fruchtsäfte, Apfelsinensaft, Lindenblütentee, Schleimsuppe, Griessuppe, Fleischbrühe, Warmbier, weich gekochtes Ei, Honig. Später Breikost, um allmählich zu fester Kost überzuleiten. Vom vierten Tage ab gebe ich dreimal täglich je einen Teelöffel von

Rp: Magnes. peroxydat. 30.0
Natr. bicarbon. ad 100.0

eingerührt in ein Glas warmes Wasser schluckweise zu trinken. Diese bekannte Mischung hat eine wundervolle mild abführende Wirkung ohne Nebenerscheinungen.

Ehe ich auf diese Behandlungsart kam, hatte ich in früheren Jahren mit Kollargol und Argochrom wenig befriedigende Resultate erzielt. Ich betrachte es infolgedessen als keinen Zufall, daß es mir gelang, hintereinander fünf solche septische Fälle zur Heilung zu bringen. Ich rate daher, beim ersten Schüttelfrost sofort mit dieser Therapie zu beginnen. Nicht verschweigen will ich, daß in jedem Falle schon nach der dritten Injektion Eiweiß im Urin auftrat, was mich jedoch nicht von der Fortsetzung der Einspritzungen abhielt. Die Eiweißausscheidung verschwand stets innerhalb der nächsten Wochen von selbst.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

119. Bitte um nähere Angaben über Autoserotherapie bei Furunkulose: Dosierung usw. Dr. D. K. in P.

120. Wo ist das früher vielfach gebrauchte amerikanische Tuckersche Geheimmittel gegen Asthma bronchiale zu beziehen und wie hoch stellt es sich in Markwährung? Dr. R. in W.

121. Bitte um Angabe eines Aufenthaltes an der Nord- oder Ostsee, wo ein 11jähriges Mädchen mit hartnäckigem Asthma bronchiale in einem Schülerinnenheim untergebracht werden könnte. Dr. R. in W.

122. Die Bücher lehren, daß Säuglinge unter vier Monaten nicht an Masern erkranken. Bei der jetzt hier herrschenden Epidemie sah ich einen fünf Monate und einen vier Wochen alten Säugling von Masern ergriffen. Der letztere erkrankte nach Besuch seiner Mutter bei der Mutter des fünf Monate alten Säuglings. Interessant ist, daß die stillende Mutter des vier Wochen alten Säuglings selbst angeblich nie Masern hatte und bis jetzt gesund geblieben ist. Die Masern bei beiden Säuglingen verliefen äußerst milde. Dr. A. P. in V.

123. Wie kann der Praktiker Arthritis urica, bzw. Diathesis urica erkennen? Ist die Harnsäuremenge im Urin oder im Blut leichter nachweisbar? Dr. J. H. in H.

124. Mein 75jähriger Vater mit vorgeschrittener Atherosklerose leidet an unerträglichen Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme. Wie könnte der Schmerz beim Essen, ohne Herz oder Gefäßapparat zu schädigen, gelindert werden? Dr. T. M. in M.

125. Kann mir jemand etwas über die Natur des Giftes in der gemeinen Brennessel sagen? Ich hatte damit einige Erfolge bei Raynaudscher Krankheit, indem ich die befallenen Finger mit der Nessel stach. Der Saft des ganzen Blattes ist ohne Wirkung auf die Haut. Mikroskopisch scheint eine Drüse an der Basis eines jeden Stachels das Gift zu produzieren. Die Wirkung dürfte weniger auf die Ameisensäure als auf ein fremdes Protein zurückzuführen sein, das aber bisher nicht nachgewiesen wurde. Dr. S. N. in E.

126. Wo ist „Eumekon", welches bei Morphiumentziehungskuren gute Dienste leisten soll, zu erhalten? Wo in der Tschecho-Slowakei? Dr. E. Z. in O.

127. Mit welchem Kitt oder welcher Lösung könnte man den Metallring der Rekordspritze am Glaszylinder befestigen, so daß man die Spritze dann auskochen kann? Dr. L. J. in M.

128. Liegen schon Versuche über die Behandlung der Hyperazidität bei Ulcus ventriculi oder duodeni mit parenteraler (subkutaner, intravenöser) Alkalizufuhr vor? Welche Substanzen wurden zur systematischen Dechlorierung des Blutes angewandt? Ich halte die obige Behandlung für die rationellste bei Hyperaziditätsbeschwerden. Dr. F. R. in M.

129. Wie behandle ich am erfolgreichsten eine chronische Prostatitis (Exprimat enthält Kolibazillen, nur vereinzelt Leukozyten)? Prostata wenig vergrößert, nicht sehr empfindlich. Etwa 30 cm³ Residualharn von normalem mikroskopischen Befund. Ist eine subkutane Injektionskur mit Kolibazillen (vom gleichen Stamme gezüchtet) zu empfehlen? Instillationen nach Guyon? Jodjodkalisuppositorien oder Mikroklysma mit Ammon. ichthyolicum? Dr. A. P. in T.

130 Sechsjähriger Knabe, kräftig, Lunge und Herz gesund, hat seit dem dritten Lebensjahr allabendlich etwas Kopfweh und ist im Bereich des Magens aufgetrieben. Ins Bett gebracht, schläft er bald ein. Stuhl normal, ab und zu fällt der Stuhl einmal einen Tag aus, darauf keine Diarrhoe, sondern teigiger Stuhl. Auf Eingabe von Dr. Langerschen Pillen erfolgt dünner Stuhl und angeblich einige Zeit Besserung. Was enthalten die Langerschen Pillen? Wie könnte man dem Kind helfen? Dr. J. A. in H.

131. 31jährige Frau gebar Mitte Februar d. J. ein Kind mit Pemphigus syphiliticus, welches nach acht Tagen starb. Nach weiteren zehn Tagen bekam die Frau Phlegmasia alba dolens am linken Bein. Nach 14 Tagen schwoll das linke Bein ab, aber ebenfalls unter Fieber und Schmerzen begann derselbe Prozeß am rechten Bein. Gleich zu Beginn der Schwellung des linken Beines hatte ich eine Schmierkur begonnen, die aber nach vier Tagen wegen Nichtvertragens abgebrochen werden mußte. Ich gab nun — mit anscheinend gutem Erfolge — Jodkali. Derzeit nur mehr nachmittags subfebrile Temperatur, Schwellung links ganz, rechts fast ganz geschwunden. Wann kann die Frau aufstehen? Wann kann man die antiluetische Kur beginnen? Wäre hier eine

Injektionskur einer Inunktionskur (wegen der Erschütterung des Beines) vorzuziehen? Dr. J. A. in H.

132. Auf Seite 154 von Dornblüts „Arzneimittellehre" heißt es bei Herba Erysimi: drei Tassen einer Abkochung von 30 g der Blätter. Wie ist das zu verstehen? 30 g auf eine Tasse oder auf alle drei? Decoctum e 30 ad 250 oder ad 750? Dr. F. R. in Z.

133. Ist Extr. fluid. Gossypii ein Mittel gegen Metrorrhagie? Es wird meist als Emmenagogum angeführt. Wie ist die Wirkung zu erklären? Dr. F. R. in Z.

134. Habe irgendwo über Kontrolle der Sterilisation von Verbandstoffen mittels Jodtinktur gelesen. Wie ist der Vorgang? Dr. F. R. in Z.

135. 30jährige Dame (mit hereditärer Lues) bekommt rezidivierendes Bläschenekzem am Naseneingang mit konsekutiver häufiger Rötung der Nasenspitze in größerer Ausdehnung. Die Rötung hält jedesmal vier bis fünf Tage an, besteht aber andeutungsweise immer. Meine Therapie (Umschläge auf die Rötung, 5% Präzipitatsalbe auf das Ekzem, innerlich Hefe) hatte wenig Erfolg. Was ist zu empfehlen? Dr. B. in M.

136. Wie sterilisiert der Landarzt am besten Verbandstoffe? In den üblichen Sterilisatoren werden die eingelegten Verbandstoffe trotz Handtucheinlage ganz naß, Rostbeschlag an der Innenseite der Trommeln. Dr. H. H. in N.

137. Was wäre gegen chloasmaähnliche Pigmentierung der Gesichtshaut zu empfehlen? Dr. J. in G.

138. Patientin, 46 Jahre alt, vor zwei Jahren wegen Struma, respektive Basedowoid, operiert, leidet seit vielen Jahren an unwillkürlichen Abgängen kleiner Mengen dünner Faezes. Daneben normaler Stuhlgang. Das Leiden wurde durch die Strumektomie nicht beieinflußt. Was ließe sich therapeutisch versuchen? Dr. A. N. in B.

139. Wie ist die Bewertung der Lumbal-, bzw. Parasakralanästhesie bei abdominellen Operationen im allgemeinen, speziell in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (auch Sectio caesarea)? Wo sind die Injektionen zu machen? Dosierung? Bitte um Angabe eines Werkes außer Braun. Dr. B. in H.

140. Ein 52 Jahre alter Ökonom stürzte von einem etwa 2 m hohen Holzgerüst kopfüber auf den Boden. Nach dem Unfall verspürte er nichts. Gegen Abend erst traten Atembeschwerden auf, und die Untersuchung ergab keinerlei Fraktur, jedoch Hautemphysem (mit Schwellung und dem charakteristischen Knistern) der linken Gesichtshälfte, des Halses und der linken oberen Brusthälfte. Der Kranke fühlt sich dabei wohl, kann den Kopf frei bewegen, hat Appetit, es stört ihn nur ein ziemlicher Hustenreiz, der sich aber durch Kodein leicht bekämpfen läßt. Am nächsten Tage erstreckte sich das Hautemphysem auf den ganzen Körper. Wie ist dieses Hautemphysem entstanden? Lungenverletzung? Besteht Lebensgefahr? Therapie? Seit einigen Tagen ist das Emphysem des Bauches und der Oberschenkel geschwunden, nicht aber das der oberen Körperhälfte. Dr. S. in V.

141. Ist Acidum carbolicum crudum identisch mit Cresolum crudum? Dr. E. F. in N.

142. Ist bei vorzeitigem Fruchtwasserabgang und darauffolgendem tagelangem völligem Wehenstillstand ein wehentreibendes Mittel am Platze? Dr. E. F. in N.

143. In Italien und Spanien wird Neosalvarsan auch in täglich frisch bereiteten Suppositorien angeblich mit zufriedenstellender therapeutischer Wirkung verwendet. Wie ist dabei die Dosierung? Gibt es Bedenken gegen eine solche Behandlung? Dr. F. S. in F.

144. Hat bisher die Forschung über die Pigmente oder das Studium der endokrinen Drüsen Ergebnisse gezeitigt, aus denen man eine Therapie des Albinismus erhoffen dürfte? Dr. F. S. in F.

145. Wo erhält man den Brustwarzenklemmer nach Lennhof? Preis? Dr. M. C. in M.

146. Wo informiere ich mich über die Schädigungen durch berufsmäßiges Maschinschreiben? Dr. E. B. in C.

147. Bitte um Angabe eines guten praktischen Werks zur Einführung in das Gebiet der Hypnose. Dr. F. B. in R.

148. Bahnarbeiter, 60 Jahre alt, verunglückte vor zwei Jahren und erlitt eine Kontusion des rechten Unterschenkels, es entstand eine Periostitis, die mit Jod innerlich, Jodsalzbädern und Salben behandelt wurde. Seit damals bis jetzt (zwei Jahre) immer Schmerzen, Unterschenkel geschwollen, Röntgenbild: Periostitis. Patient arbeitsunfähig. Was wäre zu versuchen? Dr. E. F. in S.

149. Ist an dem verbreiteten Laienglauben etwas Wahres, daß man bei Kindern (Mädchen) durch öfteres Kurzschneiden der Haare dichteren Haarwuchs erzielt? Dr. A. M. in K.

150. Kann und soll der Landarzt Ophthalmoskopie treiben? Wie gewinnt man einen Dunkelzimmer? Lichtquelle (Petroleum)? Dr. A. M. in K.

151. Welches sind die Kennzeichen der Tuberculosis fibrosa? Dr. H. H. in M.

152. Wie prüft man die Phrenikusdruckpunkte und was hat ihre Empfindlichkeit zu bedeuten? Dr. H. H. in M.

153. Habe von Dr. Reimerschen Präparaten gehört, die bei Entzündungen, Eiterungen und Röntgengeschwüren sich bewähren sollen. Wo sind sie erhältlich? Dr. R. F. in M.

154. 14 Monate altes Kind; Eltern gesund. Allgemeinzustand des Kindes sehr gut, fünf Zähne, Fontanelle geschlossen. Das Kind scheint ziemlich intelligent zu sein, kann aber weder sprechen, noch sitzen, noch gehen, noch greift es mit den Händen nach Gegenständen. Motorische Kraft gut, Aktivität fehlt. Sehnenreflexe normal. Beim Aufstellen des Kindes erhöhter Tonus der Oberschenkelmuskulatur mit Aneinanderpressen der Oberschenkelinnenflächen und Auswärtsrotation der Unterschenkel. Die Füße werden beim passiven Vorwärtsbringen des Kindes nicht gehoben. Keine Luxatio congenita, keine Rhachitis. Diagnose? Therapie? Dr. M. G. in J.

155. In hiesiger Gegend beobachte ich häufig ein trockenes, zuweilen auch nässendes Ekzem, das sich zwischen den Grundphalangen der Finger befindet. Es scheint am häufigsten bei Frauen und jungen Mädchen aufzutreten. In einigen Fällen hilft Ätzen mit dem Höllensteinstift prompt, andere Fälle trotzen jeder Behandlung. Dr. M. in C.

156. Was ist Dr. Häusles „Haimakainizon"? Ist es vielleicht ein homöopathisches Präparat, und welches ist seine Indikation? Dr. F. J. in G.

Antworten:

Ad 32. Tachykardie. Ich habe in einem Falle von paroxysmaler Tachykardie durch einen einfachen Handgriff einen frappanten Erfolg erzielt. Es handelte sich um eine 33jährige Frau, die seit einigen Jahren an genannten Anfällen litt, oft mit ohnmachtartiger Schwäche. Organische Veränderungen am Herzen fehlten, der Blutdruck betrug 65/100. Die Anfälle kamen ohne nachweisbare Ursache und dauerten oft bis zu 14 Tagen. Ich wurde zu Beginn des Anfalles gerufen und mußte mich bald von der Erfolglosigkeit des Druckes auf den Vagus und des Aschnerschen Bulbus-Druckes überzeugen. Auch die Recklinghausensche Binde, deren Anlegen auf den linken Arm empfohlen wurde, versagte ebenso wie das Erregen eines starken Brechreizes durch Einführen des Fingers in den Hals (Vagusreiz!). In meiner Not und Ratlosigkeit kam ich auf den Gedanken, einen Druck auf die linke Ovarialgegend auszuüben: Ich hatte kaum einige Sekunden mit kräftiger Faust auf diese Gegend gedrückt. als die Patientin freudestrahlend ausrief: der Anfall ist zu Ende. Sie verließ noch an demselben Vormittag das Bett, das sie sonst oft 14 Tage lang hüten mußte. und hatte während ihres weiteren 14tägigen Aufenthaltes hier keinen Anfall mehr. Dr. **Bamberger,** Bad Kissingen

Ad 43. Rezidivierende Angina. Seit 35 Jahren verordne ich mit bestem Erfolge bei Angina und Tonsillitis: Rp: Syrup. ferri jodat. 50.0. D. S. Dreimal täglich fünf bis zehn Tropfen. Den Rachen lasse ich einmal täglich pinseln mit: Rp: Resorcini 2.5, Alcohol absolut., Glycerin. pur. aa 25.0. D. S. Zum Pinseln. Dr. K. **Clemens,** Bridgeport, Conn.

Ad 44. Hyperidrosis. In der „Ars Medici" wiederholen sich immer wieder die Anfragen über Behandlung der Hyperidrosis, — ein Zeichen. wie wenig aussichtsvoll die meisten Medikamente sind. Ich habe hier ein amerikanisches Mittel kennen gelernt, erprobt und als ausgezeichnet befunden, nämlich Odo-ro-no von der „Odo-ro-no Company" in Cincinnati Ohio. In Wien ist das Mittel in der Salvator-Apotheke zu haben.
Dr. A. **Irrall,** Christiania.

Ad 44. Gebrauche mit bestem Erfolge Arsen und Atropin intern und Bolus alba zum Einstauben. Dr. K. **Clemens,** Bridgeport, Conn.

Ad 59. Spastische Obstipation. Aufgehobene Bauchdeckenreflexe sind bekanntlich häufig das erste Symptom einer beginnenden multiplen Sklerose, ohne daß noch sonst am Nervensystem ein abnormer Befund nachzuweisen wäre. Daher Untersuchung des Augenhintergrundes! Liegt multiple Sklerose vor, dann Neosalvarsankur und eventuell nachfolgend Fibrolysininjektionen. Dr. **Fecht,** Weizen.

Ad 61. Arteriosklerose mit Stauungskatarrh. Zunächst jeden zweiten Tag intravenös Traubenzuckerlösung (am besten „Sacharucal" = quarzdestill. Traubenzucker-Kalzium, nach Dr. Gauff, Stettin). Wenn sich die Herzkraft etwas gehoben hat, was wohl nach etwa sechs Injektionen der Fall sein dürfte, anschließend eine Telatutenkur nach Prof. Heilner gegen die Sklerose, in der das hauptsächliche ätiologische Moment zu suchen ist. Dr. **Fecht,** Weizen.

Ad 61. Bei dem Arteriosklerotiker mit vorausgegangener Bronchopneumonie sind die Blutzirkulationsverhältnisse im Sinne des Rückflusses durch die Pulmonalvenen gehemmt. Auf die Anhäufung des Blutes in den

Lungenkapillaren, die als „passive Lungenkongestion" aufzufassen ist, sind die Symptome der Stauungsbronchitis in den Basalpartien beider Lungen zurückzuführen. Fast immer ist Atheromatose in der Folge mit latenter Myokardschwäche vergesellschaftet, weshalb man die Prognose reserviert stellen soll. Ich wende in solchen Fällen Schröpfköpfe, eventuell wiederholt, mit vorzüglichem Erfolg an. Bei hohem Blutdruck Venaesectio. Kräftige Nahrung, Lezithinpräparate, Diuretika.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzmann.

Ad 62. Azetylentetrachlorid zur Narkose. Der Pharmazeut. Zeitung entnehme ich: Am 12. Jänner wurde in einem Pensionat in Berlin der Kaufmann N. in seinem Bette liegend, mit parfümiertem Chloroform vergiftet, tot aufgefunden. In derselben Nacht wurde in Berlin ein Raubmordversuch an einem Ingenieur ausgeübt mit Chloräthyl, das allerdings nur betäubend wirkte. — Von Azetylentetrachlorid habe ich nichts gefunden. Dr. W. **Kühl**, Altona.

Ad 67. Leukämie. Die heutige Therapie chronischer Leukämien zeitigt, rechtzeitig in Angriff genommen, recht erfreuliche Resultate. Langdauernde Remissionen im klinischen Symptomenbilde, wesentliche Besserung des subjektiven Befindens bis zur Berufsfähigkeit sind keine Seltenheiten. Die souveränen Mittel der modernen Therapie sind Arsen, Benzol, Röntgen, Thorium X und Sonne. Radiotherapie und Benzolmedikation erheischen vorsichtige, streng individuelle Dosierung unter wöchentlicher Kontrolle des Blutbildes, da Überdosierungen schwere, meist irreparable Schädigungen der Leuko- und mitunter der Thrombopoese zur Folge haben. Neuere Literatur über den Stand der gegenwärtigen Behandlung der Leukämie findet sich in Naegeli „Blutkrankheiten und Blutdiagnostik" und bei Domarus in „Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten", herausgegeben von Kraus und Brugsch. Ferner Naegeli „Leukämie" in Ergebnisse der gesamten Medizin, I. Band, 1920. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 67. Die Therapie ist gegenüber der akuten Leukämie so gut wie machtlos. Bei den chronischen Formen der lymphatischen, bzw. myeloischen Leukämie ist abgesehen von Arsen und neuerdings Benzol (0.5 Benzol. puriss. in Gelatinekapseln, 3 bis 5 g pro die) die wirksamste Behandlung die Röntgenbestrahlung der Milz und Lymphdrüsen. Auch intravenöse Injektionen von einer Million Mache-Einheiten Thorium X in achttägigen Intervallen sollen gelegentlich Erfolg gezeitigt haben. Milzdrüsen- und Knochenmarkstabletten wirken unterstützend. Milzexstirpation ist ein gefährlicher und nutzloser Eingriff. Lediglich bei Bantischer Krankheit, die unter dem Bilde einer Anämie, Milztumor und Leberzirrhose verläuft, haben Milzexstirpationen zu Erfolg geführt.

Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 68. Operation der Retroflexio. Alexander-Adamssche Operation, Raffung der Ligamenta rotunda vom Leistenkanal aus. Vergleiche die empfehlende Kritik in Döderlein-Krönig „Operative Gynäkologie", 1921, S. 250. Dr. W. **Kühl**, Altona.

Ad 69. Als Nachschlagebuch für den Praktiker kämen von größeren Werken über innere Medizin Strümpell und Mohr-Stähelin in Betracht.

Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 80. Panaritium. Sie finden alles, was Sie suchen, in Nordmanns trefflichem „Praktikum der Chirurgie", Verlag Urban & Schwarzenberg,

1919, S. 158 bis 164. — Weiter empfehle ich Ihnen: Bergmann, „Ztschr. f. ärztl. Fortb.“, 1904, S. 4 u. ff., warne Sie aber vor der Anwendung des dort genannten Kokains. — Müller-Rostock in M. m. W. vom 19. Nov. 1912. — Noessle-Kiel in Med. Klinik, 1913, S. 154. — Fessler-München in D. m. W. Nr. 4 bis 6, 1919. Dr. W. **Kühl**, Altona.

Ad 83. Untertemperaturen findet man typisch nach kritischem Temperatursturz bei akuten Infektionskrankheiten. Ferner leiten sie oft monosymptomatisch, protopathisch Anämien ein. Untertemperaturen mit subjektivem Kältegefühl begegnen wir häufig in der Symptomatologie der Tbc. pulmonum incipiens. Hypothermie wird man kaum je vermissen bei Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Myxödem), bei Morbus Raynaud, bei kongenitalen Herzfehlern, bei hochgradiger Kachexie; oft findet man sie bei Adams-Stokeschem Syndrom, bei Morphiumvergiftung. Zur Kriegszeit hatte ich Gelegenheit, im russischen Gefangenenlager Temperaturen bis 35.2 und 34.8 zu beobachten. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 83. Untertemperaturen kommen im Verlaufe von Infektionskrankheiten, bei Greisen und lebensschwachen Kindern vor. So werden Kollapstemperaturen bei debilen Neugeborenen als Folge einer septischen Infektion sowie bei älteren Kindern bei septischer Diphtherie beobachtet. Hypothermie tritt ferner auf: 1. Nach der Krise fieberhafter Krankheiten („Kompensationsvorgang“); hiebei ist ein gleichzeitiges Sinken des Pulses, der Atmungsfrequenz sowie Wohlbefinden (Euphorie) zu konstatieren. — 2. Bei Kollaps während fieberhafter Krankheiten; hiebei besteht gleichzeitig schneller Puls sowie Kräfteverfall. — 3. Bei Kollaps infolge profuser Blutungen, namentlich bei Typhus abdominalia mit Darmblutungen oder bei Kollaps infolge starker Säfteverluste bei Cholera epidemica sowie bei Inanition infolge Onanie. — 4. Bei Zehrkrankheiten, z. B. Karzinom. — 5. Bei manchen Autointoxikationen, namentlich im Koma diabeticum, bis 30° und darunter, bei Nierenaffektionen mit Urämie vor der Agonie sowie bei Arthritis urica. — 6. Bei chronischen Herz- und Lungenkrankheiten mit schweren Zirkulationsstörungen. — 7. Im apoplektischen Insult (nur bei ungünstigem Ausgang tritt eine prämortale Temperatursteigerung ein). — 8. Bei manchen Psychosen, z. B. progressiver Paralyse, besonders im Terminalstadium. — 9. Bei nicht tödlicher Verletzung des Halsmarkes. — 10. Nach Reizung sensibler Nerven, bei ausgedehnten Hautaffektionen. — Subnormale Temperaturen von guter Vorbedeutung findet man bisweilen nach Eröffnung pyämischer Herde; sie gehen dem Heilungsprozeß voraus. — Es sei hier hervorgehoben, daß behufs Konstatierung von Untertemperaturen Rektalmessungen erforderlich sind. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 85. Analfissur. Die lange dauernden und stets rezidivierenden Analfissuren werden am besten auf chirurgischem Wege geheilt. Einführen einer Sonde, Spalten des über der Sonde liegenden Teiles der Schleimhaut, Hydrogen.-hyperoxydat.-Verband durch 24 Stunden, dann 5% Lapissalbe. Dauerheilung, falls die Ursache der Fissur nicht ein tuberkulöser Herd ist. Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 85. Rp: Extr. Belladonn. 1.0, Cocain. mur. 1.0, Ichthyol. ad 10.0. D. S. Vor Gebrauch anzuwärmen. Damit wird ein gedrehter, stricknadeldicker Wattefaden getränkt, auf der entgegengesetzten Seite der Fissur (da Berührung schmerzt) eingeführt, 24 Stunden liegen gelassen und dann erneuert. (Ther. d. Gegenw., XII., 1913.) Dr. W. **Kühl**, Altona.

Ad 85. Falls die Vulnerabilität der Mucosa ani durch Stauung im Plexus haemorrhoidalis oder durch katarrhalische Prozesse der Schleimhaut (Proktitis, Ekzem) nicht unterhalten wird, kommt nur ein operativer Eingriff (Sphinkterdehnung nach Recamier, Kauterisation) in Betracht.
Dr. G. **Recht,** Wien.

Ad 85. Irgend eine Ichthyol-, Thigenol- oder Cehasolsalbe 5 bis 10 mit starkem Lanolinzusatz (Vaselin. american. 6 bis 8, Lanolin 12 bis 14) mittels Wattebausches um einen Glasstab gewickelt (wie bei der Konjunktivitis-Salbenbehandlung) ein- bis zweimal per rectum eingeführt, während der Patient sich stark nach vorne beugt, die Backen auseinanderhält und wie zum Stuhl preßt. Der Tampon bleibt bis zur nächsten Defäkation. — Alte Unterhose wegen Flecken! Dr. E. **Kerner,** Wien

Ad 87. Gallenblasentumor. Steht die Diagnose Hydrops vesicae felleae fest, dann dürfte diesem Stadium eine Cholezystitis auf Basis eines Gallensteinprozesses vorausgegangen sein. Nachdem Cholagoga, Karlsbader Kur und entsprechende Diät versagt haben, ist von konservativer Behandlung (Atropin, Ölkuren) kaum ein Erfolg zu erwarten. Um die Möglichkeit einer Komplikation (Pericholezystitis, Perforation, Cholangitis, neoplastische Wucherungen) auszuschalten und Sie ehestens voll aktionsfähig zu machen, erscheint ein operativer Eingriff indiziert. Übrigens beginnt in der Behandlung der Gallenblasenaffektionen selbst im streng konservativen Lager der Internisten die operative Therapie mit dem täglich wachsenden Arzneischatz der Cholagoga und Gallenantiseptika ernst zu konkurrieren. Die kritische Sichtung operativer Erfolge bei Gallenblasenerkrankungen erhebt die operative Therapie (id est die Frühoperation) zur Behandlungsmethode der Wahl. Dr. G. **Recht,** Wien.

Ad 88. Tonsillitis mit Herzbeschwerden. Es handelt sich um eine chronisch rezidivierende Angina lacunaris, bei der vor allem wegen der Gefahr einer Endocarditis lenta (Stiche in der Herzgegend!) die Tonsillektomie unbedingt anzuraten ist. Beim Spalten der exstirpierenden Mandeln sieht man dieselben meist von zahlreichen kleinen Pfröpfen durchsetzt, obwohl makroskopisch die Oberfläche sich nicht verändert zeigt. Dr. **Fecht,** Weizen.

Ad 92. Obstipation im Alter. Da die chronische Obstipation wohl eine Folge der Sklerose ist, wäre neben intravenösen und intramuskulären Injektionen (es gibt je ein Präparat dafür) von Neohormonal (hat nicht die unangenehmen Nebenwirkungen wie Hormonal) eine spezifische Kur mit dem Gefäßpräparat Telatuten erfolgreich. Dr. **Fecht,** Weizen.

Ad 92. Hormonal ist nicht ungefährlich, vgl. die Warnung von J. Voigt (Göttingen) in Therap. Monatsh., X., 1912. Bier erwähnt in seiner Chirurgischen Operationslehre, Bd. III., 1923, S. 33 sogar Todesfälle dabei, die auf Verunreinigung mit Albumosen beruhen sollen. Er empfiehlt bei schweren Darmlähmungen das Neohormonal als das beste und sicherste Mittel, das wir zur Zeit besitzen, und zwar intravenös. Genaue Anwendungsvorschrift dort Seite 34. — Man sollte in der Allgemeinpraxis prinzipiell stets fünf Jahre warten, ehe man glänzend gepriesene neue Mittel anwendet (das gilt wohl nur für Mittel, die stark eingreifende Substanzen enthalten. — D. Red.). Das lehrt das Tuberkulin im Jahre 1890, das Atoxyl

mit seinen Erblindungen, das Optochin, das Salvarsan, dem dann das gute Neosalvarsan folgte, und nun wieder das Hormonal.

Dr. W. **Kühl,** Altona.

Ad 94. Magistrale Verschreibung von Odol nach Therapeut. Monatsh., XI., 1895: Rp: Salol 3.5, Alkohol (95% ig) 90.0, Aqu. dest. 4.0, Sacharini 0.20, Olei Menthae gtt. 40, Olei anisi, olei foeniculi, ana gtt. 6, Olei Caryophyll. gtt. 2, Olei Cinnamomi gtt. 1. — In der Zusammenstellung des Spezialitätenersatzes von Mag. F. Herold (1911) wird für Odol folgende magistrale Verordnung angeführt: Rp: Salol 3.0, Olei Ment. piper. 1.50, Olei Carvi gtt. 3, Sacharini 0.005, Tinctur. Vanillae gtt. 15, Spirit. concentr. ad 100.0.

Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 95. Unter Sinuspleuritis versteht Koll in einer Arbeit aus der Leubeschen Klinik zarte pleurale Reibegeräusche an den unteren und medialen Lungenrändern, also dem Pleurasinus entsprechend, die bei leicht fieberhaften Fällen angetroffen werden, welche wegen Ulkusbeschwerden, wegen Herzklopfen oder leicht rheumatischer Gelenkbeschwerden das Spital aufsuchten. Meiner Beobachtung nach deckt sich dieses Krankheitsbild, das sehr häufig angetroffen wird, mit Pierys „Pleurite à répetition", einer sehr gutartigen Tuberkuloseform, die namentlich die nächste Umgebung offener Tuberkulöser befällt, also der Ausdruck wiederholter leichter Infektion ist.

Dozent Dr. W. **Neumann,** Wien.

Ad 96. Friedmanns vasomotorischer Symptomenkomplex. M. Friedmann hat 1891 (Arch. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. 23, S. 230) als „vasomotorischen Symptomenkomplex" nach Verletzungen des Kopfes das Vorkommen von Kopfschmerz, Schwindel, eventuell mit Brechreiz und Intoleranz gegen körperliche Anstrengung, Alkoholika, psychische Erregung, Hitze u. dgl. bezeichnet. Derselbe Komplex findet sich auch, wie der Autor bereits betont hat, bei anderen Störungen (z. B. chronischem Alkoholismus, Epilepsie und nach Blitzschlag) und ist daher für Kopfverletzung nicht charakteristisch.

Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 98. Reizhusten bei Erkältungslaryngitis. Befriedigende Beruhigung und Verminderung der quälenden Hustenanfälle verschafft das Kodein in relativ größeren Dosen, indem es den anormalen Reizzustand der Mukosa des Larynx und Pharynx herabsetzt, und zwar in nachstehender Form: Rp: Codein. phosphor. 0.30, Aqu. menth. 20.0. M. D. S. Zehn Tropfen und daneben Thiocol-Tabletten mehrmals täglich zu nehmen.

Im Sinne altbewährter Empirie ist bis zum Abklingen der subjektiven Beschwerden trockene Wärme im Bereich von Hals und Nacken permanent anzuwenden. Alle hustenunterhaltenden Reizmomente, wie rauchige, kühle Atemluft, Inhalationen usw. sind zu vermeiden, außer reichlich schluckweise zu trinkendem warmem Tee kein anderweitiges Getränk zu gestatten. Sprechen nur mit Flüsterstimme.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzmann.

Ad 100. Schwindelanfälle. Prof. Lewandowsky schreibt in seiner „Praktischen Neurologie für Ärzte" darüber wörtlich folgendes: „Gegen den Schwindel und Kopfschmerz der Arteriosklerotiker habe ich kurze Zeit (zwei bis fünf Minuten) und zwei- bis dreimal am Tage wiederholte heiße Umschläge auf Stirn und Nacken von sehr guter subjektiver Wirkung und ohne objektiven Nachteil gesehen." — Habe das Verfahren nachgeprüft und es sehr wirksam gefunden. Um einen sehr hohen Blutdruck (200 RR und darüber) herabzusetzen, empfehle ich Ihnen das Organpräparat „Ani-

masa", welches aus der Intima der Gefäße junger Schlachttiere gewonnen wird und bei der „Chemosan", A.-G., Wien I., Helferstorferstraße 11, zu beziehen ist. Wenn die Medikation genügend lange fortgesetzt wird, geht der Blutdruck von 200 auf 150 herab bei Besserung aller subjektiven Erscheinungen. Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach in Siebenbürgen.

Ad 103. Dieses Uterus-Okklusivpessar heißt „Frauenschutz nach Dr. Braun". Es besteht aus einem Glasknopfe in Plattenform und einer Schlinge aus Silkwormfäden, die gegen die Glasplatte zu zu einem Stiel zusammengefaßt sind. Das Pessar sitzt sehr gut im Uterus, die Glasplatte verschließt hermetisch den äußeren Muttermund. Es ist leicht mit einer eigens konstruierten Sonde einzuführen und leicht zu desinfizieren. Beschreibung und Belehrung liegt jedem Pessar bei. Zu haben ist das Okklusivpessar bei „Leuka", böhmische Gummiwarenindustrie in Tetschen a. d. E. Dr. E. **Schmied**, Karbitz.

Ad 105. Eifersucht. Sie können sich im Buche von Prof. Löwenfeld, „Die psychischen Zwangserscheinungen", Verlag Bergmann, Wiesbaden 1904, über Ihre Anfrage vom medizinischen Standpunkte orientieren. L. hält die Eifersucht für eine Zwangsneurose mit oder ohne Krankheitseinsicht, welche sich bis zur Wahnidee steigern kann. Therapie: somatisch roborierend und psychisch (Hypnose) mit gutem Erfolg, doch gibt es auch auf dem Boden erblicher Belastung refraktäre Fälle. Vom soziologischen Standpunkte (ich weiß nicht genau, was Sie damit meinen) würde ich Ihnen die Lektüre von Molnars „Märchen vom Wolf" empfehlen, eine Meisterschilderung des eifersüchtigen Neurasthenikers. Im übrigen ist die Literatur über dieses Thema sehr spärlich. Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach.

Ad 107. Grippe und Lungentbc. Die Aktivierung einer asymptomatischen oder symptomenarmen Lungentbc. durch Grippe und grippeähnliche (vulgo „Influenza") Erkrankungen ist nicht nur theoretisch möglich sondern praktisch erwiesen (vgl. „Ars Medici" 1923, S. 7. — D. Red.) Das Grippevirus setzt eine Art Allergie im latent tuberkulösen Organismus. Man kann im Anschluß an fieberhafte Erkrankungen der oberen Respirationswege, die als Erkältungsschäden, Influenza oder gar Grippe oft leichtfertig promiscue gedeutet werden, bei Kranken, die bisher klinisch gesund waren, typische Erscheinungen eines spezifischen Lungenprozesses beobachten. Das Einsetzen der tuberkulösen Symptome, — das heißt die erste Manifestation einer bis dahin latenten Affektion — erfolgt entweder so, daß das Krankheitsbild eines akuten Lungenspitzenkatarrhs die akute fieberhafte Erkrankung unmittelbar ablöst, oder nach einer Latenz subjektiven Wohlbefindens setzen schleichend Erscheinungen einer Apizitis ein. Man begegnet jedoch auch Fällen, wo nach Abklingen der Erscheinungen einer Influenza oder Grippe das Gesundheitsgleichgewicht auf sich warten läßt, da der Kranke mit den „Resten" seiner Grippe nicht fertig werden kann. Diese Fälle werden als sekundäre Anämien, Asthenie mit protrahierter Rekonvaleszenz oder chronische Bronchitiden gedeutet, bis schließlich ein charakteristisches Symptom einer Tuberkulose oder etwaiger Wechsel des behandelnden Arztes den wahren Tatbestand aufdeckt. Die praktische Bedeutung solcher diagnostischen Irrtümer in therapeutischer und prognostischer Hinsicht ist klar. — Die Häufigkeit der Aktivierung latenter Tuberkulose durch Grippe hat in dankenswerter Weise vor allem Dozent W. Neumann (Wien) betont und kasuistisch belegt.

Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 110. Nasenfluß. Die geschilderten Beschwerden entsprechen dem für die Rhinitis vasomotoria charakteristischen Symptomenkomplex, — vermehrte Sekretion, Nießreiz und behinderte Nasenatmung. Durch kongestive Füllung der Schwellkörper an den unteren Muscheln kommt es zu einer vorübergehenden Anschwellung derselben, welche die Passagestörung verursacht. Durch die Berührung der Muschelschleimhaut mit der des Septums wird eine Art Fremdkörperreiz ausgelöst, welcher sowohl die vermehrte Sekretion als auch das lästige Nießen erklärlich macht. Somit erscheint es wohl auch begreiflich, daß der angewendete ausgiebige Aderlaß infolge der erzielten Entlastung des Kreislaufes die auf kongestive Störungen zurückzuführenden Beschwerden zum Schwinden brachte. Primarius Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 112. Übelriechende Ausdünstung. Vielleicht handelt es sich um schwefelwasserstoffhaltige Gasbildung bei ungenügendem Eiweißzerfall analog der Azetonbildung bei Diabetes. Ferner ist es möglich, daß der Patient peribronchiale verkäste und faulende Drüsen hat, welche nicht nur mit den Bronchien in Kommunikation stehen, sondern subpleural auch mit der Interkostal- und Rückengegend. Heilung ist nicht ausgeschlossen: vegetabilische Kost; Eiweißzerfall fördernde und bakterizide Mittel, z. B. Natrium salicylicum, Aspirin, Salol, Kreosotpräparate, Ichthyol, Kollargol, Kalium sulfoguajacolicum, Urotropin usw.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 113. Eiter und Eiweiß im Urin. Die gestellte Frage läuft auf die Feststellung des Unterschiedes zwischen echter nephrogener Albuminurie und unechter Albuminurie hinaus, welch letztere die zahlreichen Fälle umfaßt, bei denen das Auftreten von Eiweiß im Urin durch andere Momente als durch eine krankhafte Durchlässigkeit des Nierenfilters für Eiweiß bedingt ist. — Solche Unterschiede aus dem Urinbefund allein zu machen, ist leider unmöglich. Wohl gelingt es durch dichte Papierfilter die Eiterkörperchen zurückzuhalten, doch ist zu bedenken, daß durch Zerfall und Auslaugung dieser und anderer zellulärer Elemente Eiweiß sehr gut in Lösung gehen und dann im Filtrat nachgewiesen werden kann. Hiezu kommt, daß die mit eiterhältigem Urin einhergehenden Erkrankungen (Pyelitis, Zystitis) auch Bildung seröser Exsudate aufweisen, die dem Urin beigemengt diesen nicht anders eiweißhältig erscheinen lassen, als wenn es sich um eine nephrogene Albuminurie handelte. Man wird also in solchen Fällen nur nach sorgfältiger Beachtung des ganzen Krankheitsbildes zu einem Urteil gelangen. Im Hinblicke auf das Harnbild kann gesagt werden, daß es relativ selten ist, daß ein Eiweißgehalt von mehr als 1‰ durch bloße Eiterbeimengung ohne Nierenschädigung bedingt ist; doch hat diese Richtlinie nur einen grob orientierenden Wert.

Dr. R. **Willheim**, Leiter d. med.-chem. Lab. i. Sanator. „Wiener Kuranstalt".

Ad 114. Braune Gesichtsfarbe. Zur Erzielung einer braunen Hautfarbe im Gesicht (eventuell auch an den bloß getragenen Knien) genügt oft fleißiges Einfetten mit Creme celeste (Unguentum emolliens). Stärker pigmentbildend wirken Pyrogallussalben, etwa 1%. Hypermangansaures Kali kann wohl nur in einfach wässeriger Lösung zu Pinselungen, Waschungen oder Umschlägen in Betracht kommen.

Med.-Rat Dr. L. **Buberl**, Wien.

Ad 115. Parotis und Hoden. Sie berühren mit dieser Frage eines der interessantesten Probleme der Pathologie. Ich habe die gleichartige Affinität von Parotis, Hoden, eventuell auch Pankreas zum gleichen Krankheitserreger (Mumps) seinerzeit durch die biologische Verwandtschaft der betreffenden Organe zu erklären gesucht. Man findet nämlich gelegentlich Schwellungen der Parotiden bei Anomalien der Hoden, und gelegentlich scheint da auch eine Störung im Kohlehydratstoffwechsel vorzukommen (L. Mohr). Näheres über den eigenartigen Zusammenhang wissen wir nicht, doch wird von manchen Autoren auch den Speicheldrüsen, ähnlich wie dem Pankreas, eine innersekretorische Funktion zugeschrieben.

Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 116. Taenien. Nach „Ars Medici" 1918, S. 289 steht ein leicht zu nehmendes ungiftiges Bandwurmmittel im Kürbissamen zur Verfügung. Ich habe bei Erwachsenen mit 120 Kürbiskernen, entschalt und mit der gleichen Gewichtsmenge Kandiszucker verstoßen (nach einigen Stunden ein Abführmittel), Erfolg erzielt. Kindern gibt man 60 bis 80 g in derselben Mischung mit Kandiszucker in Kompott o. dgl.

Dr. J. **Lengenfelder,** Kremsmünster.

Ad 116. Bei einer alten tuberkulösen Frau, der ich kein eingreifendes Bandwurmmittel zumuten konnte, habe ich mit Kürbiskernen Erfolg erzielt. 100 bis 200 Stück Kürbiskerne (die von der Kernschale befreiten Samen von Cucurbita P.) werden zerstampft oder mit Zucker verrieben, daraus mit Wasser oder Milch ein Brei bereitet (Milchspeise!) und morgens auf nüchternen Magen verabreicht; danach ein Abführmittel. Als Vorbereitung Fasten den Abend vorher und energische Darmentleerung.

Med.-Rat Dr. L. **Buberl,** Wien.

Ad 118. Marie-Strümpellsche Krankheit. Ich würde noch einen Versuch mit Fibrolysininjektionen (glutäal jeden dritten bis vierten Tag), Diathermie oder Schlammpackungen der erkrankten Wirbelpartien empfehlen

Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Ad 118. Von einer Restitutio ad integrum kann in ausgesprochenen Fällen wohl keine Rede sein. Doch haben wir in Pistyan relativ viele Kranke mit diesem Leiden, die im Laufe der Jahre oft wiederkehren und nach den Badekuren teils Stillstand teils deutliche Besserungen an sich beobachten. Besonders wirksam sind die Applikationen von naturwarmem Schlamm auf die Wirbelsäule; daneben Vollbäder, Massage, Redression, aktive Gymnastik und Diathermie; auch parenterale Proteinkörpertherapie. Ein solch hartnäckiges Übel muß eben von allen Seiten angegangen werden.

Dr. J. **Havas,** Bad Pistyan.

Ad 119. Autoserotherapie der Furunkulose. Gemeint ist wohl die Behandlung mit Autovakzine, die in einem verläßlichen bakteriologischen Institut hergestellt werden soll. Dosierung: Beginn meist mit fünf bis zehn Millionen Keimen, die weiteren Dosen sind dann 25, 50, 100, 250, 1000, 2000, eventuell auch mehr Millionen Keime im Kubikmeter. Die Injektion wird intraglutäal mit einer 1 bis 2-cm^3-Pravaz-Spritze gemacht. Wenn die Allgemeinreaktion nicht zu stark oder zu stürmisch ist, kann man jeden zweiten oder dritten Tag einspritzen und jedesmal die nächsthöhere Dosis verwenden. Andernfalls auf der letztgenommenen Dosis verbleiben und die Pause verlängern sowie eventuell kleinere Zwischendosen nehmen. (Die notwendigen Verdünnungen der konzentrierten Stamm-

lösung müssen, falls sie nicht schon vom Institut gebrauchsfertig hergestellt wurden, jedesmal frisch mit sterilem Wasser bereitet werden.) Lokalreaktion an den bestehenden sowie auch Auftreten neuer Krankheitsherde ist manchmal die Folge der ersten, selten der folgenden Reaktionen, soll aber die Behandlung nicht weiter beeinflussen. Wo Autovakzine nicht erhältlich, kann auch mit Erfolg Heterovakzine, wie Opsonogen, Leukogen, Staphar und ähnliches verwendet werden; den Packungen liegt Gebrauchsanweisung mit den gleichen Lichtlinien wie für Autovakzine bei.

Dr. S. **Reines**, Facharzt für Hautkrankheiten, Wien.

Ad 122. Masern pflegen bei Säuglingen dann sehr selten aufzutreten, wenn diese an der Mutterbrust sind, vgl. „Ars Medici" 1920, S. 66.

Die Red.

Ad 125. Die Giftsubstanz der Brennessel (Urtica urens L. und Urtica dolica L.) ist uns in ihrer Zusammensetzung nicht genau bekannt. Die Annahme, es handle sich um Ameisensäure, ist zweifellos unrichtig; nach Haberlandt sind in der Brennessel nicht einmal Spuren davon vorhanden, während Dragendorf freie Ameisensäure neben einem Enzym und einem Glukosid darin nachgewiesen hat. Die Giftsubstanz befindet sich im Innern des Brennhaares in einem völlig geschlossenen Hohlraume. Bricht man die verkieselte und sehr brüchige Spitze ab, so ergießt sich das Gift in die mit der Spitze in Berührung gekommene Haut und wirkt lokal reizend. — Literatur: Haberlandt in Wiener Akadem. Sitzungsber., Bd. **93**, I., S. 130, 1886. — Dragendorff, „Heilpflanzen", Stuttgart 1898, S. 179. — Giustiniani, „Über die Bestandteile der Urtica", Gaz. chim. italian. **1896**, I., Nr. 1. —Oddi und Lomanoco in Pharmac. journ. and Trans. 1892, S. **1142**, 3. — (Alkaloid in Urtica balearica.) — Kobert, „Lehrbuch der Intoxikationen", II., S. 87 und 519, 1906.

Prof. Dr. E. **Přibram, Wien.**

Ad 128. Versuche mit parenteraler Alkalizufuhr bei Hyperazidität liegen nicht vor. Nur hypertonische Lösungen wurden intravenös injiziert; sichere Ergebnisse wurden aber nicht in allen Fällen erzielt (siehe R. Stejskal, „Grundlagen der Osmotherapie", Verlag J. Safař, Wien). — Zur Dechlorierung des Organismus bei Hyperazidität wurde bisher vorwiegend die Chlorentziehung durch salzfreie Nahrung verwendet, besonders von H. Strauss. — Pharmakologische Dechlorierung — wie sie z. B. durch Diuretin und ähnliche Theobrominpräparate erreichbar ist — wurde bei Hyperazidität noch nicht versucht. — Intravenöse Sodazufuhr in 4- bis 5%iger Lösung wurde bisher nur bei Coma diabeticum häufig geübt; ob man bei Hyperchlorhydrie damit weiter kommt, bedarf erst des Versuches.

Dozent Dr. S. **Bondi, Wien.**

Ad 129. Prostatitis. Nach Ihrer Schilderung ist es nicht klar, ob es sich um eine wahre Prostatitis „cystoparetica" handelt oder um eine beginnende Prostatahypertrophie. Auch schreiben Sie nichts über die Symptome des Kranken. Denn wenn der Patient keine Beschwerden hat, so ist eine Behandlung dieses Zustandes (das bloße Vorhandensein von Kolibazillen im Expressionssekret ist kein Beweis für eine Prostatitis) überflüssig und kann sogar schädlich werden. Eine genaue spezialärztliche Untersuchung (Zystoskopie, Urethroskopia posterior, neurologische Untersuchung) ist unerläßlich zur Klärung der Diagnose und zur Feststellung der Therapie: Bei Prostatitis Ichthyolsuppositorien, Massage, Diathermie oder „Arzberger", keine intraurethralen Prozeduren, bei Prostatahypertrophie eventuell chirurgische Intervention

Prof. Dr. V. **Blum, Wien.**

Ad 135. Ekzem und Rötung der Nase. 2%ige wässerige Resorzinlösung zu Umschlägen, nach vollkommenem Eintrocknen der Bläschen eine 3%ige Resorzinzinkpaste (Resorcini 0.5, Lanolin 10.0, Zinci oxydat., Vaselini pur. ana 2.5). Dozent Dr. B. **Lipschütz,** Wien.

Ad 138. Basedowoid mit Inkontinenz. Vielleicht wäre auch hier ein Versuch mit Verabreichung minimaler Jodnatriumdosen (nach Neisser) zu machen; oder etwa — im Sinne der Empfehlung Oppenheims — mit Radix Colombo oder Extr. Colombo.

Prof. Dr. E. **Stransky,** Wien.

Ad 140. Hautemphysem nach Sturz. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Lungenverletzung, die soweit ersichtlich (es ist nicht einmal angegeben, wie lange der Zustand bisher andauert) günstig verläuft und überhaupt keine Therapie erfordert. Sollte der Zustand bedrohlich werden (Atemnot durch Spannungspneumothorax oder Blutung in den Pleuraraum), so wäre eine Operation unter Überdruck erforderlich.

Dr. L. **Moszkowicz,** Facharzt für Chirurgie, Wien.

Ad 143. Neosalvarsan rektal. Siehe diese Nummer, Seite 212.

Die Red.

Ad 151. Die Kennzeichen einer Tuberculosis fibrosa densa sind bilaterale Spitzendämpfungen mit gleichmäßiger Verengerung beider Krönigschen Felder, mit mehr weniger deutlichen Veränderungen des Atemgeräusches ins Bronchovesikuläre oder Bronchiale hinein, oft ohne jegliches Rasseln, oft mit kleinblasigem Rasseln von großer Konstanz durch Wochen und Monate hindurch. Dabei findet man als sehr wichtiges diagnostisches Kriterium dieser Form einen deutlich palpablen, scharfrandigen, harten Milztumor. Dozent Dr. W. **Neumann,** Wien.

Ad 152. Die wichtigsten Phrenikusdruckpunkte sind der obere Punkt zwischen den Köpfen des Sternokleidomastoideus beiderseits und der untere am Schnittpunkt der verlängerten zehnten Rippe mit der verlängerten Parasternallinie. Ihre diagnostische Bedeutung liegt darin, daß man mit ihrer Hilfe sonst unentdeckt bleibende Entzündungen der Zwerchfellpleura oder des diaphragmatischen Anteiles des Bauchfelles erkennen kann. Solche Reizungen kommen bei den verschiedensten Zuständen vor, z. B. primäre Tuberkuloseherde an der Zwerchfellbasis, die durch ihre Irradiation zu Beschwerden eines Ulkus, einer Cholezystitis, einer Appendizitis führen können. Ebenso Aspirationsherde daselbst von einer Kaverne aus, während einer Narkose usw. Eine Cholangitis führt zu diesen Druckpunkten über eine Perihepatitis, ein perforierendes oder ein Ulcus callosum über eine zirkumskripte Peritonitis im Oberbauch. Wichtig sind diese Punkte ferner noch für die Diagnose einer epi- oder einer subdiaphragmalen Eiterung. — Näheres siehe W. Neumann, „Die Phrenikusdruckpunkte und ihre Bedeutung usw.“ in Brauers Beitr. z. Klinik d. Tbc., Bd. 45, 1920. Dozent Dr. W. **Neumann,** Wien.

Medikamente.

Curral = Diallylbarbitursäure, bewährte sich Laufer (Berlin) als Schlafmittel bei nervösem, erschwertem Einschlafen, bei ungenügender Schlafdauer oder geringer Schlaftiefe. Man gibt eine halbe bis eineinhalb Tabletten in heißem Wasser etwa eine halbe Stunde vor dem Schlafen-

gehen. Als Sedativum kann man dreimal täglich eine halbe bis eine ganze Tablette verabfolgen. Unangenehme Wirkungen auf Herz oder Magen oder Benommenheit nach dem Erwachen wurden nicht beobachtet. — Erzeuger: Chem. Werke Grenzach, A.-G. (D. m. W. Nr. 9, 1923.)

Neue Medikamente zur Syphilisbehandlung. Aus der Klinik Riehl (Wien) empfiehlt Prof. L. Arzt folgende neue Präparate, die von der Pharmazeutischen Industrie-A.-G. (Wien) nach Vorschlägen des Pharmakologischen Institutes dargestellt werden:

Jodhexarin, eine Jod-Kalzium-Urotropinverbindung in Phiolen à 10 cm (à 0.5 g Jod) bewährte sich in venösen Injektionen in hunderten Fällen als unschädliches, jedoch sehr wirksames Jodpräparat vor allem bei Lues innerer Organe, bei schweren ulzerösen Spätformen und luetischen Kopfschmerzen. Nach den Injektionen rasch vorübergehende Kopfhyperämie.

Transfusan, eine kolloidale Gummilösung wird an der Klinik nach Kyrle zur unspezifischen Fieberbehandlung parallel mit der spezifischen Kur verwendet. Zwei bis drei muskuläre Injektionen wöchentlich à 5 cm³, acht bis zehn Injektionen pro Kur. Namentlich indiziert bei positivem Liquor.

Jod-Transfusan, eine 20%ige Lösung von Jodhexarin in Transfusan macht schwächere Fieberreaktionen als Transfusan allein und kann daher auch bei schwächeren Patienten verwendet werden. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Sarnol, über dessen gute Wirkung als Skabiesmittel bereits mehrere Berichte vorliegen, wird von Gerber (Krankenhaus, Stuttgart) neuerlich warm empfohlen. Es ist eine graugrüne Schüttelmixtur aus 20% Schwefel, Naphthol, Salizylsäure, Karbolsäure, Kreide und Zinkoxyd und wird am besten mit der flachen Hand aufgetragen und gründlich eingerieben. In den ersten drei Minuten verursacht die Einreibung ein mäßiges Brennen, reizt aber weiter die Haut nicht, sondern beeinflußt sogar die ekzematösen Stellen günstig, weshalb es auch zur Nachkur geeignet ist. Nach drei- bis viermaliger Einreibung in mehrstündigen Pausen (also im Verlaufe von ein bis zwei Tagen) ist die Kur beendet. Rückfälle waren selten. Sarnol schädigt die Wäsche nicht und hinterläßt nur feinen, pulverigen Staub, der unschwer ausgeschüttelt oder ausgeklopft werden kann. Es hat einen kaum wahrnehmbaren aromatischen Geruch, der sich rasch verflüchtigt, und ist sehr billig. — Erzeuger: Pharmazeut. Laboratorium „Hada“, Hädicke & Schmitz, Dortmund. (Derm. Wschr. Nr. 13, 1923.)

Instrumente und Apparate.

Einen Stützapparat für die Behandlung psychischer Impotenz gibt L. Pollmer (Wien) an. Mit Rücksicht auf die starke Verbreitung dieses Leidens erscheint der Apparat als erwünschtes Hilfsmittel, umsomehr, als dessen Konstruktion unter allen uns bekannten Versuchen die glücklichste Lösung darstellt. Ein gebogener Grundring wird um die Wurzel des Penis gelegt und durch zwei federnde Bügel fixiert. Ein um den Skrotalansatz gezogenes Gummiband sichert diesen Ring. Entlang der Unterfläche des Penis zieht eine bei Erektion sich automatisch verlän-

gernde Tragleiste, an deren vorderem Ende ein Gummischlauch sitzt, der über den ulcus glandis gezogen wird. Der Apparat ist schnell und leicht anlegbar, nahezu unbemerkt, und behufs Reinigung zerlegbar. Eine Verletzung oder Aufscheuerung scheint ausgeschlossen. Ist es bei psychischer Impotenz mit Hilfe des Apparates einmal gelungen, einen normalen Koitus zu erreichen, so fällt oft die innere Hemmung weg und der Kranke, vorher einer Therapie schwer zugänglich, ist durch einfache roborierend-suggestive Behandlung nunmehr heilbar. Vertrieb: Firma Leiter, Wien IX., Mariannengasse 11. — Name des patentierten Apparates „Virtutor". (Derm. Wschr. Nr. 1, 1923.)

Notizen.

Dr. L. Werdisheim aus Graz praktiziert ab 1. Mai d. J. im Kurort Gleichenberg, Hotel Venedig.

Gute Bücher.

Prof. Dr. F. Lust „Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten", Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien 1923. — Die dritte Auflage dieses vorzüglichen Buches für den Praktiker folgt nach kaum zwei Jahren der zweiten. Sie ist vielfach ergänzt. Die Kapitel über Ernährungsstörungen der Flaschenkinder, Luesbehandlung usw. bringen das Neueste. Breiter Raum ist der Rezeptur gewidmet. — Preis: Grundzahl 9.6, gebunden, Grundzahl 12.

Vom „Grundriß und Atlas der speziellen Chirurgie" von Prof. Dr. G. Sultan liegt der zweite Teil vor. Ebenso wie der in unserer Nummer 1, 1923, besprochene erste Teil glänzt auch dieser durch hervorragende, lehrreiche Abbildungen zur Diagnose und zur Operationstechnik. An der Hand dieser Zeichnungen kann sicher der Praktiker z. B. ein Hygrom exstirpieren, auch wenn er es vorher nie unter klinischer Anleitung getan hat. — Verlag J. F. Lehmann in München. Preis: gebunden, Grundzahl 16.

Croner „Die Therapie der Berliner Universitätskliniken", Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien. Von diesem längst allgemein eingebürgerten Praxisberater liegt die VIII. Auflage vor. Aus allen Berliner Universitätskliniken wird von deren Leitern oder Assistenten die dort übliche Behandlung für jedes Leiden beschrieben. Ein solches Buch ist besonders dem Praktiker in der Provinz, der nicht gleich den spezialistischen Berater zur Seite hat, ganz unentbehrlich. Für alle auch ihm ferner liegenden Krankheiten findet er die Therapie praktisch sofort anwendbar angegeben. — Preis: gebunden, Grundzahl 12.

Prof. Dr. H. Reichel „Katechismus der Gesundheit". Ein populär geschriebenes Heftlein, das der Arzt jedem seiner Patienten in die Hand geben oder in seinem Wartezimmer auflegen sollte. — Verlag Moriz Perles, Wien. Preis: *K* 5000.— plus Teuerungszuschlag.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise pro 1923, portofrei: Für das erste Halbjahr ö. *K* 12.000.—, Reichsmark 5000.—, ungar. *K* 1200.—, poln. Mk. 8000.—; ganzjährig č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 24.000.—, Mk. 12.000.—, č. *K* 30.—, poln. Mk. 15.000.—, ungar. *K* 2400.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, Reichsmark 4000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Pfund Sterling 2.—, sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—, ungar. *K* 7000.—, Reichsmark 30.000.—, č. *K* 40.—, Dinar 100.—, poln. Mk. 50.000.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—.

Zahlungen vom Ausland werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da die Inlandspreise die Herstellungskosten des Blattes nicht decken.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.932. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen



* An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.



Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Telephon 29139 Wien IX., Spitalgasse 1A.

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:

Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 6. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.



ARS MEDICI

Wien, am 15. Juni 1923.

An unsere geehrten Abonnenten in Deutschland, Österreich, Ungarn und Polen!

Für diese Länder wurde die Bezugsgebühr der „Ars Medici“ nur für das erste Halbjahr 1923 eingehoben. Am 1. Juli 1923 ist nun die Gebühr für das zweite Halbjahr fällig. Diese beträgt Reichsmark 10.000.—, österreichische Kronen 12.000.—, ungarische Kronen 1000.—, polnische Mark 10.000.—.

Wir appellieren an unsere werten Bezieher in diesen Ländern, denen wir ja ohnehin die „Ars Medici“ unter den Selbstgestehungskosten liefern, den obigen Betrag sogleich mit den diesem Hefte beiliegenden Erlagscheinen und Zahlkarten zu überweisen und uns der mühsamen und kostspieligen Erinnerungen zu entheben. Die Mahnspesen sowie eine etwaige weitere Geldentwertung müßten den Säumigen in Anrechnung gebracht werden.

Der Verlag der „Ars Medici“.

Interne Medizin.

Die Diagnose der akut einsetzenden Blutkrankheiten.

Von Prof. Nägeli (Zürich).

Akute Leukämie ist gar nicht selten, wird aber häufig verkannt, wenn man nicht gewohnt ist, in allen zweifelhaften Fällen das Blut zu untersuchen. Oft stehen schwere Blutungen aus Uterus, Nase, Darm oder dergleichen im Vordergrunde und die auffallende Blässe wird als sekundäre Anämie gedeutet. Oder es wird Skorbut, hämorrhagische Diathese, ulzeröse Stomatitis, Sepsis, Typhus oder dergleichen diagnostiziert und die Überraschung ist groß, wenn unerwartet rasch der Tod eintritt. Erfolgen die Blutungen in Pleura oder Perikard, so wird meist Pleuritis, Perikarditis, eventuell auf septischer Grundlage angenommen. Diagnostisch bedeutsam sind in solchen Fällen kleine Hautblutungen; sie zeigen, daß es sich nicht um ein lokales, sondern um ein allgemeines Leiden handelt.

Tumorartige leukämische Infiltrate (Rippen, Wirbelsäule, Brust- oder Speicheldrüse, Analgegend usw.) imponieren leicht als maligne Neoplasmen. Hieher gehört auch das meist bei Kindern auftretende Chlorom (Schwellungen an den Schläfen, in der Augenhöhle mit Exophthalmus)

Sind Leber und Milz auffallend vergrößert und auch Lymphdrüsen beteiligt, so wird die Diagnose schon naheliegender. Aber gerade in solchen Fällen ist der Blutbefund zunächst noch uncharakteristisch, so daß Pseudoleukämie diagnostiziert wird, bis wiederholte sorgfältige Blutuntersuchung Leukämie feststellt.

Bei ulzerös-gangränösen Prozessen, namentlich in der Mundhöhle, ist vor allem an Leukämie zu denken.

Hämatologisch ist die Diagnose auch bei fehlender Leukozytose (sub- oder aleukämisches Blutbild) sichergestellt, wenn nahezu alle vorhandenen Zellen den Myeloblasten angehören oder verwandt sind, oder wenn es sich um unreife Lymphozyten handelt.

Anfälle von hämolytischer Anämie gehen gewöhnlich mit Gelbsucht einher, aber ohne Juckreiz und ohne Bradykardie. Die Ursachen sind vielfach noch unklar. Die Prognose ist oft günstig. Diagnostisch wichtig ist das gelbe ikterische Blutserum und die starke Ausscheidung von Urobilinkörpern im Harn ohne Harnbilirubin. Das Blutbild zeigt zahlreiche Normo- und Makroblasten, Polychromasie, Basophilie und andere Zeichen von Blutzerstörung mit starker Regeneration des Knochenmarkes. Analoge Anfälle sieht man auch bei der konstitutionellen, familiären hämolytischen Anämie, die auch ohne Ikterus und ohne großen Milztumor verlaufen können. Äußere Schädlichkeiten, wie Anginen, körperliche Überanstrengung, Aufregungen, Schwangerschaft, Darmstörungen können zu ganz plötzlicher Hämolyse führen. Leber und Milz können sehr groß und durch Kapselspannung so schmerzhaft werden, daß Pat. auf Operation drängt.

Perniziöse Anämie und Chlorose können längere Zeit unbemerkt verlaufen und plötzlich akut exazerbieren, so daß man einen akuten Beginn annehmen möchte.

Gewisse Purpuraerkrankungen (Morbus Werlhofi) können ganz akut, namentlich mit großen Hautblutungen einsetzen. Nicht nur die roten, sondern auch die weißen Blutkörperchen sind geschädigt. Infektionen und Intoxikationen (vor allem gewerbliche Benzolvergiftungen) können die Ursache abgeben. (Jahresk. f. ä. Fortb., III, 1923.)

Die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus

Salizyl wird nach Professor Wiesel (Wien) noch immer häufig zu niedrig dosiert. Man muß 5 bis 8 g täglich geben, und zwar in zwei bis drei Dosen eingeteilt. Durch gleichzeitige Gaben von Calcium lacticum (3 bis 4 g täglich) kann man die Nebenwirkungen (Ohrensausen, Brechreiz) vermeiden. Man gebe am besten Natr. salicyl. oder Acid. acetylosalicyl. in bitterem schwarzem Kaffee oder Aq. menthae pip. Manchmal macht das Salizyl ausgesprochene Strangurie, Sphinkterkrampf. Ständige Harnkontrolle! Bei Auftreten von Albuminurie sofort Salizyl aussetzen. Nephritis ist eine Kontraindikation gegen Salizyl und dessen Derivate, Herz- und Gefäßkomplikationen gegen hohe Dosen. Nach Abklingen der akuten Symptome darf die Dosis nur langsam (alle drei bis vier Tage bloß um ½ bis 1 g) reduziert werden. Auch leichte Fälle müssen mindestens zwei Wochen unter Salizyl gehalten werden.

Von den Salizylpräparaten ist am empfehlenswertesten das Diplosal (Salizylsäureester der Salizylsäure), das sehr viel reine Salizylsäure enthält und weniger Nebenwirkungen macht als das Aspirin. Auch Salazetol, Salipyrin und die Lithiumverbindungen Apyron und Hydropyrin sind zu loben. Weniger zu empfehlen sind Novaspirin und die phenolhältigen Salol und Salophen. Dosierung aller dieser Präparate wie oben.

Wird Salizyl nicht vertragen, so gebe man Atophan, drei bis fünf Tabletten à 1 g täglich, gleichzeitig mit Natr. bicarbon., oder, noch besser Iriphan oder Novatophan mit reichlich Wasser. Billiger ist Antipyrin, das manchmal, allerdings nur in hohen Dosen (3 bis 5 g täglich), selbst in salizyl- und atophanrefraktären Fällen gut wirkt, am besten jedoch in subakuten Fällen. Pyramidon wirkt weniger gut als Antipyrin. Ersatzmittel für Antipyrin sind Melubrin, Phenacetin, Citrophen, Laktophenin (fünfmal 0.3, Ikterusgefahr!). Zu warnen ist vor dem Antifebrin (Methämoglobinurie, Kollaps!).

Die orale Salizylmedikation ist nicht nur der perkutanen, sondern auch der rektalen, muskulären und selbst venösen an Wirksamkeit überlegen.

Urotropin venös ist erfolglos. Die verschiedenen Silberpräparate, Trypaflavin, die Proteinkörpertherapie wirken beim akuten Gelenkrheumatismus nur höchst unsicher und können keinesfalls das Salizyl ersetzen. Von einer Lokaltherapie ist im akuten Stadium abzusehen. Gegen Schlaflosigkeit Brom, Veronal, gegen Aufregungszustände Pantopon. Wichtig ist systematische Hautpflege (vorsichtige, laue Waschungen mit Alkoholzusatz). Schwitzprozeduren werden schlecht vertragen.

Ein sicheres Mittel, eine Endokarditis zu verhindern, gibt es nicht. Zweckmäßig ist es, in jedem akuten Fall von vornherein kleine Dosen Digitalis (zweimal 0.05) mit etwas Chinin und Extr. Strychni zu geben. Perikarditis und Pleuritis reagieren meist prompt auf Salizyl.

Das Bett darf erst zwei bis drei Wochen nach der Entfieberung verlassen werden. Vor sechs Wochen darf das Zimmer keinesfalls verlassen werden. Bei Endokarditis muß die Bettruhe auch bei Fieberfreiheit mindestens sechs Wochen dauern. (M. Kl. Nr. 7, 1923.)

Atherosklerose — Kieselsäure venös.

Prof. A. Kühn (Rostock) berichtet über auffallend günstige subjektive Erfolge, die er nun schon bei 100 Fällen von Atherosklerose aller Formen durch Injektionskuren mit 1% Natr. silicicum puriss. (Merck), 1 bis 2 cm³ pro dosi streng venös (sonst schmerzhafte Infiltrate!) alle zwei bis drei Tage erzielt hat. Namentlich bei Koronarsklerose, auch bei alten Leuten, wurden die Beschwerden oft schon nach der vierten bis fünften Injektion bedeutend geringer. Bei peripherer Atherosklerose gelang es stets, die Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Dyspnoe zu beseitigen. Der Blutdruck wurde häufig niedriger, doch konnte sonst eine Änderung im objektiven Befunde nicht nachgewiesen werden. Auch Bronchialasthma wurde durch abwechselnde Silizium-Afenilinjektionen vielfach bedeutend gebessert. Die Kuren wurden notfalls nach vier bis sechs Wochen Pause wiederholt. Irgendwelche Schädigungen wurden nicht beobachtet. Bei Nierenleiden sind die Injektionen kontraindiziert.

Die Therapie richtet sich gegen die im Alter von H. Schulz nachgewiesene Kieselsäurearmut des Organismus, dessen Verdauungszellen die Fähigkeit verloren haben, die SiO_2 aus der Nahrung aufzunehmen und zu verarbeiten. An Stelle der schwindenden Kieselsäure in der Arterienwand tritt dann Hyalin und Fett, es kommt zur charakteristischen atherosklerotischen Veränderung an der Arterienintima. Die SiO_2-Injektionen machen starke Hyperleukozytose. (Die Ther. d. Gegenw., H. 4, 1923.)

Schwere Blutungen bei Skorbut

stehen prompt auf Pferdeserum subkutan, 20 cm³ pro dosi, eventuell wiederholt. (Prof. Pal, Wien; W. m. W. Nr. 15, 1923.)

Chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus — Reiztherapie.

Aus der Klinik Bier (Berlin) bringt A. Zimmer gemeinsam mit E. Schulz Näheres über die Technik und Resultate seiner schon vielfach anerkannten Reiztherapie. Dieselbe hebt vor allem ganz unspezifisch Allgemeinbefinden und Ernährungszustand in oft auffallender Weise. Am besten wird Yatren-Casein in sehr kleinen Dosen (0.2 bis 1.0 cm³, zweimal wöchentlich, je nach der Reaktion) muskulär injiziert. Die hiebei auftretenden typischen milden Herdreaktionen in den erkrankten Muskeln und Gelenken sind auch von direktem Heilwerte. Diese Herdreaktionen können auch durch innerliche kleine Gaben von Yatren, Methylenblau, Silizium oder Schwefel erzielt werden. Ebenso wirken Injektionen von eiweißfreien Reizkörpern (Terpentin, Ameisensäure, Yatren, Silizium, Glyzerin usw.) Gesunde reagieren auf diese Reizdosen nicht, tuberkulöse Arthritiden bleiben unbeeinflußt. Sehr wichtig ist die individuell angepaßte Dosierung. Körperlich herabgekommene Rheumatiker vertragen nur ganz geringe Dosen, nehmen aber bei richtiger Dosierung oft auffallend an Gewicht zu, werden wieder arbeitsfähig, verlieren ihre Nachtschweiße, das Kältegefühl usw., parallel mit der Besserung ihres Gelenkleidens.

Sehr günstig reagieren die Frauen im Klimakterium mit Arthritis deformans und Adipositas. Sie klagen über Müdigkeit, Apathie, Schwäche und Schmerzen in den Knien und im Kreuz beim Gehen und Treppensteigen, Appetitmangel, Obstipation, Schmerzen bei Witterungswechsel, kalte Hände und Füße, Kopfschmerzen im Hinterhaupt und Nacken. Die Haut ist feucht, neigt zu Ekzemen und Psoriasis; neben der typischen Arthritis deformans sind die Gelenke und Sehnenansätze durch stark druckempfindliche Fettanhäufungen deformiert; in den Muskeln findet man gleichfalls sehr druckschmerzhafte Muskelschwielen. Die Beschwerden in den Gelenken können gegenüber jenen in der Muskulatur und im Fettgewebe ganz in den Hintergrund treten. Unter der Reiztherapie schwinden vor allem diese Weichteilschmerzen. Die Fettpolster werden resorbiert, die Gelenke bekommen allmählich wieder normale Konturen, der ganze Tonus von Haut und Muskulatur ändert sich. Die Harnmenge nimmt oft bedeutend zu, die Obstipation bessert sich, die Fettverteilung am Rumpfe wird reguliert, die Frauen werden schlanker, ohne an Gewicht zu verlieren, sie fühlen sich frischer, körperlich und geistig beweglicher. Unterstützend wirken Ganzmassagen, vielleicht auch Ovarialpräparate. (M. m. W. Nr. 7, 1923.)

Gelenksyphilis

Von Prof. H. Schlesinger (Wien).

Akute mono- und polyartikuläre Gelenkschwellungen in den Frühstadien der Lues sind wiederholt beschrieben. Weniger bekannt, aber praktisch wichtig ist die akute Polyarthritis in den Spätstadien. Diagnostisch wichtig sind das völlige Versagen von Salizyl, die Zunahme der Schmerzen in der Nacht und das Verschontbleiben des Herzens. Da die Gelenklues auch den Knochen affiziert, zeigt das Röntgenbild häufig destruktive und konsumptive Prozesse an den Epiphysen. Eine begleitende Periostitis erhöht den Verdacht auf Lues. Die Wa-R. ist wertvoll aber nicht entscheidend; sie kann gelegentlich trotz Gelenklues negativ ausfallen und positiver Ausfall schließt nicht aus, daß es sich um eine gewöhnliche Arthritis bei einem Luetiker handelt. Sonstige Zeichen von Spätlues können fehlen. Im Zweifelsfalle entscheidet der Erfolg der spezifischen Therapie.

Auch subakute Fälle mit mäßigem Fieber kommen vor und werden meist für chronischen Gelenkrheumatismus gehalten. Selten ist luetische Polyarthritis deformans. Hingegen ist eine monartikuläre Polyarthritis deformans in höherem Alter nicht selten luetisch.

Ebenso ist eine Erkrankung symmetrischer Gelenke, namentlich die Affektion beider Kniegelenke von fungösem Charakter von vornherein auf Syphilis höchst suspekt. Eine gleichzeitige Keratitis parenchymatosa sichert die Diagnose. Verwechslung mit Tbc. ist häufig.

Therapeutisch sind bei anämischen, heruntergekommenen Kranken Jod, Hg und Salvarsan erst dann in größeren Dosen zu geben, wenn zunächst kleine Dosen gut vertragen werden. Gleichzeitig Arsen, Eisen, Chinin. Anschließend Behandlung mit Zittmanndekokt. Man läßt die Abkochung der Sarsaparilla monatelang trinken — bei Neigung zu Durchfällen nur 100 g Decoct. mit., sonst 100 g fortius des Morgens, 100 g nachmittags. Der roborierende Einfluß dieser alten, von vielen als obsolet betrachteten Medikation ist unverkennbar. (M. Kl. Nr. 13, 1923.)

Zur Hg-Diurese.

Schon Paracelsus, schreibt Prof. M. Sternberg (Wien), hat Hg-Verbindungen als Diuretika bei Hydrops empfohlen. Insbesondere wurde das Kalomel schon im 17. und 18. Jahrhundert namentlich von englischen und französischen Ärzten verwendet. Neuerdings hat Saxl über diuretische Wirkung sehr kleiner Dosen von Kalomel berichtet, das in Emulsion intern verabreicht wird. (W. kl. W. 1922, S. 929.)

Novasurol hat sich als Diuretikum ausgezeichnet bewährt, doch ist es nicht ganz gefahrlos, da es bei herabgekommenen Kranken schwere Darmveränderungen hervorrufen kann. Es soll daher, nach den Erfahrungen Sternbergs, keine zweite Novasurolinjektion gemacht werden, wenn die erste nicht diuretisch gewirkt hat. Bei Leukämie ist das Mittel kontraindiziert.

In mehreren Hunderten von Fällen hat nun Sternberg im Wiedener Krankenhaus ein anderes Hg-Präparat als Diuretikum erprobt, das den Darm viel weniger alteriert, nämlich das Hydrarg. oxydulat. tannic., dreimal täglich 0.1 per os. Dieses Präparat wird vom Magen und Darm meist gut vertragen und erfordert besondere Mundpflege nur bei vernachlässigtem Gebiß. Das Mittel soll in der Regel nicht länger als vier bis sechs Tage gegeben werden. Bleibt es erfolglos, so geht man zu einem anderen Medikament über, keinesfalls darf aber nachher Novasurol verwendet werden. Am besten wirkt das Mittel in Fällen von Hydrops bei Aortenlues und bei Emphysem. Die Harnmenge steigt manchmal schon am zweiten Tag auf 4½ l. Man kann das Präparat auch kombiniert mit Digitalis, Theocin, Scilla u. dgl. verordnen. (M. Kl. Nr. 13, 1923.)

Als Ursache der Leberzirrhose

wird nach pathologischen und klinischen Studien allgemein hauptsächlich der Alkoholmißbrauch betrachtet. Insbesondere gilt das regelmäßige Trinken konzentrierten Alkohols auf nüchternen Magen für gefährlich. Daneben werden auch angeborene Syphilis, Malaria, Weilsche Erkrankung und Tuberkulose als die Zirrhose begünstigend angesehen. Prof. Klieneberger (Zittau) weist darauf hin, daß auch Darminfektionen eine große Rolle in der Ätiologie der Leberzirrhose spielen, vor allem Ruhr und Typhus. Das Gesundbleiben der Leber scheint auch an das Vorhandensein normaler Verdauungssekrete und Fernbleiben chronischer Ernährungs-

störungen geknüpft zu sein. Man wird daher auch den Gewürzmißbrauch und die chronische Schädigung des Magendarmkanales durch die Kriegs- und Nachkriegskost für die Auslösung von Schrumpfleberprozessen höher als bisher bewerten müssen. Hiedurch und auch durch die Syphilisdurchseuchung (Arsenschädigung durch Salvarsan) erklärt sich die jetzige größere Häufigkeit der Leberzirrhose. (Ztrlbl. f. inn. Med. Nr. 8, 1923.)

Myalgien — Kochsalzeinspritzungen.

Pfeiffer (Kassel) hat Erfahrungen an mehreren hundert Fällen von Myalgien. Das Wesen der Krankheit ist noch nicht geklärt. Schmidt erklärt sie für eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven, Schade als Kältewirkung („Myogelose"), Peritz als Veränderungen in der kolloiden Zusammensetzung der Muskeln. Noch kann keine dieser Erklärungen befriedigen. Zu muskelrheumatischen Erkrankungen scheinen Fettsüchtige, Gichtiker, Leute mit konstitutioneller Muskelschwäche (Asthenische, Anämische, Spasmophile) zu neigen, doch findet man das Leiden auch bei Körperkräftigen, nicht nachweisbar Kranken. Auslösend wirken weniger Kälteeinflüsse und Überanstrengung als meist infektiöse Prozesse, besonders nach influenzaähnlichen, grippeartigen Erkrankungen. Oft sind die Schmerzen auf wenige Punkte beschränkt, oft auf den ganzen Körper ausgedehnt; zwischen diesen Extremen gibt es alle Zwischenformen. Auf der Höhe des Leidens werden nicht alle erkrankten Stellen dem Betroffenen bewußt; zu seinem Erstaunen deckt der untersuchende Arzt oft neue Lokalisationen auf. Bei Kneifen der Haut über den befallenen Stellen ist diese meist, nicht immer schmerzhaft. Die Verhärtungen in den befallenen Muskeln, zuweilen „dattelkern- bis wallnußgroße Knoten" wurden nicht von allen Autoren gefunden (Referent konnte oft bohnengroße Knoten mit Sicherheit fühlen, auf welche ihn sogar die Kranken selbst aufmerksam machten). Bei größerem Umfang und längerer Dauer des Leidens werden die Kranken sehr geschwächt und weisen geradezu Erschöpfungssymptome auf. Seltenere Lokalisationen sind: Beteiligung der Lippen-, Zungen-, Kau- und Schlundmuskeln, der Ohrläppchen, der Dammuskulatur. Daß an diesen Stellen besonders unangenehme Funktionsstörungen resultieren können, ist einleuchtend.

Bei der Behandlung ist im Beginn ein energisches diaphoretisches Verfahren durch Hitze und Medikamente in wechselnder Form und Mischung oft wirksam und daher zu versuchen. Bei mehr chronisch verlaufenden Fällen helfen am besten subkutane Injektionen von abgekühlter physiologischer Kochsalzlösung ohne Zusatz schmerzstillender Mittel. Man macht täglich acht bis zwölf Einspritzungen von je 5 bis 10 cm^3. Je nach der Widerstandsfähigkeit schaltet man nach drei bis sechs Tagen eine Ruhepause ein und setzt dann die Einspritzungen fort. Bei schweren Fällen ist zuweilen Behandlung durch Monate nötig und einzelne Fälle dauern jahrelang. So schwer eine solche lange Behandlung für Arzt und Kranken ist, so lohnend ist doch der Erfolg. Es ist unrichtig zu behaupten, daß man mit ausgedehnten Myalgien nicht fertig wird, aber Zeit, Mühe und Energie sind erforderlich. Ernste Störungen sah Verfasser nie, auch nicht als Folge der häufigen Temperatursteigerungen (Kochsalzfieber?). — Von Massage sah Verfasser keine wesentlichen Erfolge.

Gegen die Gefahr des Rückfalles empfiehlt sich eine Abhärtung in vorsichtiger Steigerung, alle forcierten Maßnahmen sind zu meiden. Das Tragen wollener Wäsche ist anzuraten. Klima- oder Berufswechsel sind unter Umständen notwendig. (D. Ztschr. f. Nervenh., Bd. 76, H. 5/6. 1923.)

Chinininjektionen bei Pneumonie

hat als erster Prof. Aufrecht und nach ihm Cahn-Bronner warm empfohlen („Ars Medici" 1915, S. 42, 1919, S. 247, 1920, S. 6 und 296). John (Marien-Hospital in Mülheim) weist die praktischen Ärzte nochmals auf dieses so leicht durchzuführende, aber noch immer wenig eingebürgerte Verfahren hin. Er hatte bei 200 Fällen von schwerer kruppöser Pneumonie ausgezeichnete Erfolge. Er verwendet das in Wasser leicht lösliche Chininum bihydrochloricum in 25%iger Lösung und injiziert bei Erwachsenen je 2 cm³ (= 0.5 g Chinin), bei Schwächlichen und Kindern entsprechend weniger. Er empfiehlt die ersten ein bis zwei Injektionen (täglich eine Injektion) intravenös zu verabfolgen, die weiteren zwei (oder bei sich länger hinziehenden Fällen drei) Injektionen intramuskulär. Subkutane Einspritzung macht Schmerzen und eventuell Nekrose, die intramuskuläre wird ausgezeichnet vertragen, die intravenöse verursachte ganz vereinzelt vorübergehende Schwerhörigkeit, Tachykardie, ein einziges Mal einen Kollaps; unter 2000 Injektionen nicht einmal Exitus als Injektionsfolge.

Die Erkrankungsdauer wird in allen Fällen, die erst am dritten bis fünften Erkrankungstage zur Chininbehandlung kommen, nicht herabgesetzt; kann aber schon am ersten oder zweiten Tage Chinin injiziert werden, so ist Kupierung der Krankheit nicht selten. Das Fieber bleibt unbeeinflußt. Das Allgemeinbefinden hebt sich in ganz auffallender Weise. Dyspnoe und Zyanose nehmen ab, das Sensorium auch ganz Benommener hellt sich auf. Die Erkrankten machen plötzlich keinen schwerkranken Eindruck mehr; Kinder, die apathisch dalagen, setzen sich auf und spielen. Der Puls wird langsamer und kräftiger. Die Leukozytenzahl, deren Verminderung ja von schlechter prognostischer Bedeutung ist, steigt. Die Mortalität betrug etwa 16% und war viel niedriger als bei nicht mit Chinin Behandelten; Cahn-Bronner hatte gar nur 6% Mortalität gegenüber 25% bei nicht mit Chinin Behandelten. — Das Verfahren ist ganz besonders für den Praktiker in Stadt und Land geeignet. (D. m. W. Nr. 12 1923.)

Reizkörpertherapie und Blutbild.

Dozent Weicksel (Leipzig) studierte das Blutbild nach Proteinkörperinjektionen genauer. Beim Gesunden findet sich nach Proteinkörpereinspritzung kaum eine Änderung. Bei Kranken steigt die Leukozytenzahl (nach einer Leukopenie von etwa einer Stunde) binnen vier bis fünf Stunden auf das Doppelte und mehr an. Die einzelnen Kranken reagieren verschieden stark, besonders stark akuter Gelenkrheumatismus und Tuberkulose. Am energischesten wirkte in diesem Sinne Kaseosan, weit weniger stark Silber-Kaseosan, am schwächsten Elektrokollargol; es scheint also mit höherem Eiweißgehalt des Präparates die Leukozytose eine stärkere zu sein. Man kann das Blutbild auch zur Auffindung der richtigen Dosierung im einzelnen Falle benützen. Zu starke Reaktionen sind bei schwachen Kranken und bei schweren Erkrankungen (besonders Tbc.) sicher schädlich; tritt aber anderseits keine erhebliche Leukozytenvermehrung ein, so kann man die Dosis als therapeutisch unwirksam betrachten. Eine Leukozytenvermehrung um 50 bis 100% dürfte wohl das Optimum darstellen. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 96, H. 4/6, 1923.)

Rheumatische Arthritis — Kolivakzine venös.

Beginn mit 50 Millionen Keimen im ccm, Ansteigen um je 25 bis 50 Millionen bis zu 200 Millionen. Fünf bis sechs Injektionen in Inter-

vallen von fünf bis acht Tagen. Fieberreaktionen bis 39.5° C. Sehr günstige Heilresultate.

(R. I. Perkins und G. B. White im British med. journ., März 1923.)

Beobachtungen bei Stenokardie und Lungenödem.

Von Prof. R. Kaufmann (Wien).

Die Dosierung des Nitroglyzerin hat sich nach der individuellen Verträglichkeit zu richten. Es gibt Fälle, die schon auf ½ bis 1 mg mit Kopfschmerzen, Schwindel, Kongestionen reagieren. Hier darf Nitroglyzerin, wenn überhaupt, nur in kleinsten Dosen gegeben werden. Anderseits gibt es Fälle, die täglich bis zu 0.01 g Nitroglyzerin ohne Schaden vertragen und notfalls auch erhalten sollen

Der stenokardische Anfall kann auch durch Diuretin behoben werden, doch muß man mit großen Dosen, 4 g täglich, beginnen und diese erst beim Sistieren der Anfälle langsam abbauen.

Bei Auftreten von Lungenödem im Gefolge eines stenokardischen Anfalles erwiesen sich neben Herzmitteln, Aderlaß usw., besonders Novasurolinjektionen als prompt wirksam (eventuell alle acht bis zehn Tage eine ganze Phiole muskulär). (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Ulcus ventriculi und duodeni — therapeutische Notizen.

Prof. R. Schmidt (Prag) stellt folgende allgemeine Prinzipien auf: Langsam essen und gut kauen; Schonungsdiät; Ausschalten nervöser und psychischer Reize; Vermeiden mechanischer Insulte der Geschwürsgegend (Anstemmen von Werkzeug!) und körperlicher Überanstrengung, besonders des Hebens schwerer Gegenstände (Blutungsgefahr!); Beseitigung von Obstipation, Flatulenz und Meteorismus; Nikotin- und Alkoholverbot. Alkalitherapie (Karlsbader Trinkkuren). Individuelle Anpassung: Manchmal wirken Ölkuren günstig, manchmal wird gerade Milch schlecht vertragen; saure, stark gewürzte, blähende und fette Speisen sind zu meiden.

Analgetisch bewähren sich oft warme Zuckerlösung. Mischung von Alkalien mit Anästhesin, Pyramidon, Aspirin u. dgl.

Die Beobachtung, daß die Beschwerden nach Erbrechen vielfach außerordentlich nachlassen, wahrscheinlich nicht nur infolge der Magenentleerung, sondern infolge günstiger Beeinflussung der Spasmen, Hypersekretion und Hypermotilität durch den Brechakt, veranlaßte Schmidt denselben als Heilverfahren anzuwenden. Pat. wird bei flüssig-breiiger Kost gehalten; durch Einlauf wird für tägliche Stuhlentleerung gesorgt; Meteorismus wird durch Prießnitzwickel über Nacht bekämpft; gegen 5 bis 6 Uhr nachmittags wird ein Infus von Species amarae oder dergleichen verabfolgt und hierauf 1 mg Apomorphin (notfalls mehr) subkutan injiziert. Dieses regelmäßige künstliche Erbrechen hat sich vielfach außerordentlich bewährt; selbst Schwinden von Ulkusnischen konnte beobachtet werden.

Ein wichtiger Fortschritt bei Ulcus ventriculi ist die duodenale Ernährung mit der Einhornschen Duodenalsonde (S. Einhorn, Arch. f. Verdauungskr., Okt. 1922).

An der Klinik Wenckebach in Wien sahen Saxl und Strisower von der Silbersalzbehandlung des peptischen Geschwürs und auch der reinen Hyperazidität vielfach bedeutende Besserung. Bekannt ist die Verordnung Rp. Arg. nitr. 0.25:120, steigend bis 0.4:120, dreimal täglich ein Eßlöffel in einem Weinglas destillierten Wassers vor dem Essen. Das Ag

NO_3 geht im Magen sofort in Ag Cl über, auf welches hauptsächlich die Wirkung (säurebindend, schmerzstillend, beruhigend) zurückzuführen sein dürfte. Um das Ag Cl in möglichst großer Oberfläche und anhaltend zur Wirkung zu bringen, verwenden die Autoren eine feine, haltbare 2%ige Suspension von Ag Cl, welche auch bei anderen torpiden Geschwüren sich als granulationsanregend und heilsam erwies. Diese Suspension wird unter dem Namen „Ag Cl-Metem" von der Delphinfabrik Guntramsdorf bei Wien hergestellt. Man verordnet morgens nüchtern und abends vor dem Schlafengehen einen Eßlöffel voll in wenig Wasser. Das Medikament ist im Gegensatz zum Ag NO_3 geschmacklos und wird gut vertragen. 26 Fälle mit meist positiven Ergebnissen; Schwinden der Schmerzen meist schon am ersten Tag. Wegen Gefahr der Argyrie sollen Silbersalze nicht länger als zwei bis drei Wochen fortgegeben werden. (M. Kl. Nr. 14, 1923.)

Praktische Ergebnisse des Wiener Internistenkongresses.

Über die akuten Formen der Encephalitis lethargica sprach Prof. C. v. Economo (Wien). Pathologisch-anatomisch zeigt die E. l. ähnlich der Poliomyelitis disseminierte Entzündungsherde in der großen Hirnsubstanz; sie ist damit deutlich unterschieden von der hämorrhagischen Influenzaenzephalitis. Der Erreger ist nicht der Pfeifersche Influenzabazillus. Wiesner bezeichnete als solchen ursprünglich den Diplostreptococcus pleomorphus, der aus dem Gehirn in Reinkultur gezüchtet und auf Affen übertragen werden konnte, worauf diese an E. l. erkrankten. Die Amerikaner Löwe, Hirschfeld und Strauß beschrieben aber als Erreger filtrierbare Mikroorganismen, die sie nicht nur im Gehirn, sondern auch im Schleim des Nasenrachenraumes, Blut und Liquor nachweisen und gleichfalls auf Affen übertragen konnten. Levaditi (Paris) konnte durch wiederholte Tierpassage des filtrierbaren Erregers ein Virus fixe darstellen, dessen Virulenz so gesteigert war, daß 100% der geimpften Tiere an E. l. erkrankten. Dörr (Wien) fand, daß durch subdurale Impfung des gewöhnlichen, gleichfalls filtrierbaren Herpesvirus (H. febrilis, corneae und genitalis haben denselben Erreger!) Kaninchen regelmäßig an E. l. erkranken. Sogar nach Übertragung des Filtrates auf die Hornhaut starben manche Kaninchen an E. l., nachdem sich ein typischer Herpes corneae entwickelt hatte. In avirulenter Form wurde dasselbe Virus im Mundspeichel Gesunder nachgewiesen; im gewöhnlichen Herpesbläschen ist die Virulenz schon gesteigert und in seiner virulentesten Form ist es das Influenzavirus als solches (Levaditi). Durch plötzliche oder langsame Steigerung der Virulenz entsteht aus dem harmlosen und überall verbreiteten Erreger der Fieberblase der furchtbare neurotrope Erreger der epidemischen Hirnentzündung („Ultravirus encephaliticum" nach Levaditi)! Für diese Identifizierung spricht auch der gekreuzte Immunisierungsversuch. Der Herpes corneae läßt sich am Kaninchenauge sowohl mit dem Herpes- als auch dem Enzephalitisvirus hervorrufen. Das Überstehen einer Herpesinfektion immunisiert das Kaninchenauge gegen einen Enzephalitisherpes und umgekehrt.

Die Kontagiosität der E. l. ist zwar eine sehr geringe, immerhin sind in Epidemiezeiten Nasenrachenspülungen mit Hypermangan oder Preglscher Jodlösung zu empfehlen und ist die Benützung von Polsterüberzügen, Taschentüchern u. dgl., die von Kranken verwendet wurden, zu vermeiden.

Therapeutisch bewährte sich Urotropin intern und Jod venös in Form der Pregllösung, 100 cm^3 pro dosi, dreimal wöchentlich.

Angina pectoris — Durchschneidung des N. depressor. Für Fälle, die mit heftigen, sonst unbeeinflußbaren Schmerzen ein-

hergehen, hat Prof. H. Eppinger auf Grund folgender Überlegungen die Durchschneidung des N. depressor angegeben. R. Schmidt hat darauf aufmerksam gemacht, daß bei Angina pectoris sowohl der klinische, als auch der Obduktionsbefund am Herzen häufig negativ ist. Insbesondere findet man häufig ganz normale Koronargefäße. Schmidt und auch englische Kliniker verlegen daher den Sitz der Schmerzen in die Aorta (Aortalgie). Die Aorta wird nicht vom Sympathikus, sondern vom N. depressor versorgt. Derselbe entspringt aus dem bogenförmig verlaufenden N. laryngeus sup. oder dem Vagus selbst und verläuft als feines Fäserchen nach unten entlang der Gefäße in die obere Brustapertur.

Auf Grund dieser Anregung wurde durch Dozent G. Hofer im August 1922 der erste Pat. operiert (Lokalanästhesie) und der linke Depressor durchschnitten. Die typischen, in den linken Arm ausstrahlenden Schmerzen, die Pat. arbeitsunfähig gemacht hatten, hörten auf, doch traten im Dezember wieder schmerzhafte Parästhesien im linken Arm auf. Beim zweiten Fall mit Schmerzen seit fünf Jahren und Arbeitsunfähigkeit, wurde der Nerv beidseitig durchschnitten. Seit vier Monaten kein Anfall mehr. Die beidseitige Durchschneidung führte aber in einem dritten Fall (Aortenlues mit Insuffizienz, Schmerzen und Schlaflosigkeit) infolge von Postikusparese zu Pneumonie und Exitus. Daher wurde die Durchschneidung beider Nerven nie mehr in einer Sitzung, sondern zweizeitig vorgenommen. Vierter Fall. Frau mit intensivsten Schmerzen. Rechts wurde kein Depressor gefunden. Seit zwei Monaten anfallsfrei. Im fünften Fall hörten die Schmerzen nach der ersten Operation in der Brust, nicht aber in den Armen auf, worauf auch vor zwei Tagen der andere Nerv durchschnitten wurde. Sechster Fall. 73jähriger Mann, seit Jahren intensivste Schmerzen und Arbeitsunfähigkeit. Seit der linksseitigen Durchschneidung bestes Wohlbefinden.

Neurologie und Psychiatrie.

Über die Basedowsche Krankheit

erstattete Geheimrat Prof. Goldscheider ein großangelegtes Referat im Verein für innere Medizin in Berlin.

Wesen der Krankheit. Die frühere Lehre von der Sympathikusneurose als Ursache der Basedowschen Krankheit ist wohl allgemein verlassen zugunsten der Anschauung, daß diesem Leiden ein Hyperthyreoidismus zugrunde liege, eine Überproduktion des jodhaltigen Sekretes der hyperplastischen Schilddrüse. Der spezifische Sekretionsstoff der Schilddrüse wurde auch schon rein dargestellt von Keadall und „Thyroxin" benannt. Auch das anatomische Bild des Basedow-Kropfes spricht für erhöhte Tätigkeit der Drüse. Es scheint die Thyreoidea beim Basedowkranken mehr Sekret zu produzieren oder die Fähigkeit verloren zu haben, ihr Sekret innerhalb der Drüse aufzuspeichern und je nach Notwendigkeit an den Organismus abzugeben, so daß mehr und ungleichmäßiger Schilddrüsensekret in den Stoffwechsel gelangt. Die rein psychischen und nervösen Störungen, die die Krankheit mit sich bringt, erklären sich durch die Einschaltung der Schilddrüse in das vegetative Nervensystem, so daß Störungen ihrer Funktion auch Störungen des gesamten Nervensystems mit sich bringen. Gegenüber der Einteilung in einen „thyreogenen" und „neurogenen" Basedow ist daher daran festzuhalten,

daß dem echten Basedow vorwiegend eine primäre Erkrankung der Schilddrüse zugrunde liegt. Neben Stoffwechsel und Nervensystem zeigen auch die anderen endokrinen Drüsen Störungen (Menstruationsanomalien usw.), doch scheinen auch diese nur Folge der Schilddrüsenerkrankung zu sein oder Bestrebungen des Organismus, durch veränderte Sekretion anderer endokriner Drüsen die Folgen der Schilddrüsenerkrankung zu kompensieren.

Im allgemeinen wird „Basedowsche Krankheit" wohl zu häufig diagnostiziert. Man mache sich zum Prinzip zu unterscheiden: 1. Neurose des vegetativen Nervensystems ohne thyreotoxische Symptome; 2. Neurose des vegetativen Nervensystems mit Thyreotoxie (kann auch als „forme fruste von Basedow" bezeichnet werden); 3. mehr oder weniger vollständige Basedowsche Krankheit. Als wichtige und nicht seltene Form kommt noch hinzu das „Kropfherz". Bekanntlich findet man in Kropfgegenden selten Basedow; doch kann ein gewöhnlicher Kropf zu einem leichten Basedow-Kropf werden (besonders durch Jodzufuhr). Diese Form (Struma basedowicata) zeichnet sich aus durch Pulsbeschleunigung, Herzerweiterung und später -insuffizienz, oft Glanzauge, Neigung zum Zittern und Schwitzen, meist kein Exophthalmus.

Eine gewisse Beziehung zwischen Basedow und Lungentuberkulose scheint zu bestehen; das Zusammentreffen beider Leiden ist relativ häufig.

Neben den allgemein bekannten Symptomen findet sich bei der Basedowschen Krankheit oft alimentäre Hyperglykämie, zuweilen Diabetes mellitus; ferner Arrhythmien des Herzens bis zur Arrhythmia perpetua. Von den Augensymptomen ist das wichtigste der Exophthalmus, dessen Entstehungsweise noch nicht ganz geklärt ist. Manche Autoren fassen ihn als Folge der Sympathikusreizung auf, weil sie bei elektrischer Reizung des Sympathikus Exophthalmus eintreten sahen; doch konnten andere diese Erscheinung nicht bestätigen (Referent sah kürzlich eine Basedowkranke mit einseitigem starkem Exophthalmus).

Die Diagnose ist bei typischen Fällen leicht zu stellen. Doch fehlt uns ein beweisendes spezifisches Kennzeichen trotz aller Versuche, ein solches zu finden. Das Blutbild (relative Lymphozytose) ist zu allgemein und daher zu wenig beweisend. Der Nachweis der Stoffwechselsteigerung ist nur an großen Kliniken durchführbar und nicht immer eindeutig. Auf der Sensibilisierung des Sympathikus durch die Schilddrüsenstörung gegenüber Adrenalin beruht der Loewische Versuch (Pupillenerweiterung nach Einträufeln von Adrenalin in den Bindehautsack); doch fällt er bei beginnenden und leichten Fällen oft negativ aus. Andere Autoren fanden nach subkutaner Injektion von 0.5 g Adrenalin (1:1000) Blutdrucksteigerung, Angst, Zittern, Unruhe, Herzklopfen; diese Methode ist noch nachzuprüfen. Zuführung von Schilddrüsensubstanz verschlimmert bekanntlich die Basedowbeschwerden; allein ohne Schädigung des Kranken läßt sich dieser Versuch zu diagnostischen Zwecken nicht ausführen. Ein serologischer Nachweis der Basedowschen Krankheit wurde oft versucht, ist aber noch nicht ganz gelungen. Die angegebene Verzögerung der Blutgerinnung bei Basedow ist noch nicht sichergestellt.

Die Prognose ist schwer zu stellen. Zusammenstellungen amerikanischer Autoren behaupten, daß etwa 25% der Kranken an der Basedowschen Krankheit sterben, etwa 50% relativ geheilt oder gebessert werden, während die restlichen 25% ihr Leiden in konstanter Stärke bis zu ihrem Tode behalten. Im Einzelfalle hängt die Prognose ab von der Herzstörung, der Intensität der Stoffwechselstörung und den sozialen Verhältnissen, das heißt der Möglichkeit der Behandlung und Schonung.

Spontane Besserungen und überraschende Wendungen kommen vor. Besonders ungünstige Symptome sind: Herzinsuffizienz, hohe Tachykardie, vorgeschrittene Abmagerung, hoher Grad von Schwäche und Erschöpfbarkeit, hartnäckiges Erbrechen, starke Durchfälle, schwere Appetitlosigkeit.

Therapie. Die Grundtherapie besteht in körperlicher und seelischer Ruhebehandlung; Entstehung und Verschlimmerung der Basedowschen Krankheit schließen sich ja häufig an Aufregungen, Sorgen und Überanstrengungen an. Die Ruhebehandlung ist bei stärkeren Krankheitsgraden am besten eine Freiluftliegekur. Höhenluft scheint günstig zu wirken, mittlere Höhen (500 bis 1000 m) günstiger als große Höhen. Seeklima wird oft nicht vertragen. Der Herabsetzung des Erregungszustandes dienen kühle Abreibungen, Kühlung der Herzgegend und Bromdarreichung. Die Ernährung soll reichlich, aber fleischarm sein und in häufigen kleinen Portionen gereicht werden. Statt durch Fleisch soll die Eiweißzufuhr mehr durch Eier und Käse erfolgen. Von balneologischer Behandlung ist nicht viel zu erwarten. Lauwarme Bäder mit nachfolgender kühler Waschung können zur Beruhigung beitragen; Kohlensäurebäder sind im allgemeinen nicht zu empfehlen. Der Wert der elektrischen Behandlung (Galvanisation, Faradisation, Hochfrequenz) ist umstritten; Verfasser hat von ihr keine entscheidenden Erfolge gesehen.

Eisen und Arsen tragen entschieden zur Besserung des Allgemeinbefindens bei. Vor Digitalis ist zu warnen; nur bei Herzinsuffizienz ist es zu verwenden, nie gegen die bloße Tachykardie. Atropin zur Bekämpfung der Schweiße ist nicht zu empfehlen, ebenso hat sich Chinin nicht bewährt; Ergotin wird vereinzelt gerühmt. Phosphor soll nach Kocher Jodanreicherung in der Schilddrüse bewirken. Verfasser hat seit vielen Jahren mit Natrium phosphoricum (3 g pro die einen Monat hindurch, vier- bis sechsmal im Jahre) gute Erfolge erzielt. Jod in größeren Dosen ist nach allen Autoren schädlich und gefährlich; dagegen wird die Neissersche Methode der Joddarreichung in minimalen Dosen („Ars Medici“ 1922, S. 55) vielfach gerühmt, doch hat die klinische Nachprüfung des Verfahrens noch nicht zu eindeutigen Resultaten geführt. Die Kalziumbehandlung (besonders Afenil intravenös oder Chlorkalzium intramuskulär) bessert entschieden Erregung, Reizbarkeit, Tachykardie und führt zuweilen zu Gewichtszunahme. Verschiedene Seren (von strumektomierten Tieren usw.) und das Antithyreoidin-Moebius haben keinen nachweislichen Nutzen. Organtherapie wurde vielfach versucht; Thyreoidin ist natürlich verboten, Thymus-, Nebennieren- und Ovarienpräparate haben sich nicht bewährt, dagegen hatten intramuskuläre Injektionen von Hypophysenextrakten Besserungen zur Folge und können versucht werden. Die Röntgentherapie hat entschiedene Erfolge aufzuweisen; das gilt (wie bei allen Behandlungsmethoden der Basedowschen Krankheit) besonders für frische Fälle und für akute Exazerbationen älterer Fälle; doch ist die Dosierung der Röntgenstrahlen schwierig, weil die Haut Basedowkranker besonders röntgenempfindlich ist, weil Überdosierungen Myxödem verursachen können, und weil nach vielen Autoren durch die Bestrahlung Verwachsungen entstehen, die eine etwaige spätere Operation behindern. Jedenfalls soll man nach einer Serie von drei Bestrahlungen die Kranken erst vier bis sechs Wochen genau beobachten, ehe man die Behandlung fortsetzt, und bei Verschlechterung oder auch schon bei Erfolglosigkeit die weitere Röntgenbehandlung unterlassen. Die Röntgenbestrahlung von Thymus und Ovarien ist in ihrer Wirkung noch strittig. Auch von Radiumbehandlung haben einige Autoren Besserungen

der nervösen Symptome und Herabsetzung des gesteigerten Grundumsatzes gesehen.

Chirurgische Behandlung. Anschließend an dieses Referat Prof. Goldscheiders besprach Prof. Hildebrand die Strumektomie bei Basedowkranken. Er rühmt seine Erfolge sehr: bei Nachuntersuchung nach fünf Jahren waren 54% geheilt, 34% sehr gebessert, 10% gebessert und 2% nur wenig gebessert. Die Gesamtmortalität der Operierten betrug 3.6%. Bei den Gestorbenen fand sich in 14 Fällen Status thymicolymphaticus, auf den also vor der Operation besonders zu achten ist. Leider haben wir für diesen gefährlichen Zustand kein sicheres diagnostisches Kennzeichen; nur der Gesamthabitus kann den Verdacht erwecken; wird dieser Verdacht rege, so kann Röntgenbestrahlung der Thymus diese schnell zur Schrumpfung bringen und dadurch noch die Operation ermöglichen.

Etwa acht Tage lang soll der zu operierende Basedowkranke durch Bettruhe, Herzmittel und Umschläge vorbehandelt werden. Die Operation erfolgt am besten in Lokalanästhesie. Man gibt dem Kranken vor der Operation ein Schlafmittel (Chloralhydrat, Pantopon), so daß ihn der Eingriff nicht so aufregt. Vorsicht ist nur mit dem dem Novokain zugesetzten Adrenalin geboten, welches Basedowkranke schlecht vertragen. Am besten werden durch die Operation die Durchfälle beeinflußt, der Puls wird auch langsamer, die nervöse Unruhe läßt nach. erhebliche Gewichtszunahme (bis zu 25 kg) tritt ein; spät oder gar nicht bessert sich der Exophthalmus. Die einzig indizierte Operation ist die fast radikale Strumektomie. Die zervikale Sympathikusresektion, die eine Zeit lang geübt wurde, hat sich nicht bewährt. Sie beruhte auf der Anschauung von der primären Erkrankung des Sympathikus und hat, wie neuerdings wieder Klose und Hellwig (Klin. Wschr. Nr. 14, 1923) nachweisen, keine Berechtigung. (D. m. W. Nr. 11 und 12, 1923.)

Arsenbehandlung. Liebesny und Vogl (Wien) weisen nach, daß langdauernde Arsenzufuhr den Stoffwechsel herabsetzt und zu Gewichtszunahme führt. Diese Wirkung hält nach lange Zeit applizierten kleinen Dosen länger an als nach wenigen großen Dosen. Sie empfehlen daher für Hyperthyreosen langdauernde Arsenmedikation in kleinen, steigenden Dosen, da hier nicht nur die Gewichtszunahme dem Kräfteverfall entgegenarbeitet, sondern auch die Herabsetzung des Grundumsatzes einer kausalen Indikation genügt. (Klin. Wschr. Nr. 15, 1923.)

Basedow — Alkoholinjektionen in die Struma.

Pajzs (Szekesfehervar) hat seit Jahren 15 Fälle mit diesem Verfahren mit bestem Erfolge behandelt. Er injiziert unter Chloräthylanästhesie anfangs nur 1 bis 2 cm tief, intraparenchymatös, ½ bis 2 cm³ 80%-igen Alkohols; wenn das vertragen wird, wird jeden zweiten Tag, später täglich eine solche Injektion immer an anderer Stelle und in wechselnder Tiefe gemacht, wodurch sezernierendes Strumagewebe vernichtet und Besserung aller Erscheinungen bewirkt wird. Die Injektion ruft allgemeinen (nicht lokalen) erträglichen Schmerz hervor und anfangs eine Reaktion, die sich in Tachykardie, verstärktem Exophthalmus und Diarrhoen äußern kann. Dann aber bessern sich alle Basedow-Erscheinungen bald. Man muß darauf achten, die Behandlung rechtzeitig abzubrechen, um nicht zu viel Strumagewebe zu vernichten und thyreoprive Erscheinungen auszulösen. Im Maximum wurden in einzelnen Fällen bis zu 70 Injektionen gemacht. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 12, 1923.)

Epilepsiebehandlung.

Demole stellt die Ergebnisse der Epilepsietherapie zusammen. Von der Proteinkörpertherapie ist nicht viel zu erwarten, ebensowenig von der Organtherapie und antiluetischer Behandlung in jeder Form. Die Operation, selbst der traumatischen Epilepsie, versagt oft. Luminal wirkt in vielen Fällen sehr gut, in anderen Fällen aber läßt es im Stich; seine Dosierung muß vorsichtig sein. Borpräparate kommen nur ausnahmsweise in Betracht. Die besten Resultate gibt noch immer die Brom-Medikation (besonders Sedobrol) in Verbindung mit der salzarmen Diät. Für den Status epilepticus ist Somnifen (intravenös 6.0 g) zu empfehlen. (Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 11, H. 2.)

Die Therapie der Metalues.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Prof. A. Pilcz in Wien.

Progressive Paralyse. Die lediglich spezifische Therapie ist so gut wie unwirksam. In den endolumbalen Methoden kann keine wirkliche Bereicherung der Paralysetherapie erblickt werden. Das gleiche gilt von den Wismutpräparaten und vom Mirion. Die besten Erfolge sind mit der Malariakur nach Wagner-Jauregg zu erzielen (s. „Ars Medici" 1922, Nr. 3). Einem an mikroskopisch sichergestellter Malaria tertiana (nicht tropica!) leidenden, mit Chinin nicht vorbehandelten Kranken werden während eines Fieberanfalles 2 cm³ Blut durch Venaepunktion entnommen und dem Paralytiker subkutan injiziert. Nach Auftreten von acht bis zwölf Anfällen wird die Malaria mit Chinin kupiert. Gleichzeitig Neosalvarsankur, wöchentlich eine Injektion, zuerst 0.3, dann 0.45, dann vier Injektionen à 0.6.

Ist die Malariakur undurchführbar, so ist als nächst bewährtes Mittel die Tuberkulin-Hg-Therapie nach Wagner-Jauregg zu empfehlen. Rp: Alttuberkulin Koch 1.0, Glyzerin 4.0, Aqu. dest. 5.0. Hievon jeden zweiten Tag subkutan zuerst 0.1 cm³, allmählich ansteigen, eventuell bis 1.0 cm³ (= 0.1 A. T.). Temperatur dreistündlich messen, bei Ausbleiben einer Fieberreaktion die doppelte Dosis, bei Fieberreaktion über 39° C die gleiche Dosis injizieren. Zehn bis zwölf kräftige Fieberreaktionen genügen. Gleichzeitig Hg-Kur ohne Salvarsan, und zwar dreimal wöchentlich 0.03 Hg succinim. oder jeden vierten Tag 0.05 Hg salicyl. bis zu 1 g Hg im ganzen, oder regelrechte Schmierkur (5 Touren à 6 Einreibungen à 3.0 Ungt. ciner.). Wie die Praxis gezeigt hat, besteht keine Gefahr, eine latente Tbc. zu aktivieren, doch wird man selbstverständlich bei Verdacht auf Tbc. das Tuberkulin viel vorsichtiger dosieren, oder die Fieberreaktionen mit Typhusvakzine (Besredka) provozieren: Ampullen (vor Gebrauch gut schütteln) à 250 bis 500 Millionen Keime im ccm; Beginn mit 0.1 (= 25 Millionen) venös, jeden zweiten Tag, ansteigen nach obigem Schema je nach der Fieberreaktion. Die Vakzine wird man auch dann anwenden, wenn man schon vor Ende der Hg-Kur zu 1.0 Tuberkulin gelangt ist.

Nicht so gut sind die Erfolge mit Natr. nucleinicum, dessen Injektionen überdies schmerzen und nicht selten zu Abszessen führen. Eher kommt noch das Phlogetan (Fischer) in Betracht. Milchinjektionen sind wenig erfolgreich; Staphylokokkenvakzine ergibt keine dauerhaften Remissionen. Über das Querysche Affenserum (Serum von mit Lues infizierten Affen; Pferd und Rind sind gegen die Spirochäten immun) fehlen offenbar dem Autor persönliche Erfahrungen; ein zitierter Fall blieb unbeeinflußt. (Näheres hierüber bei L. Wolff, Wiesbaden).

Tabes dorsalis. In jedem frischen Fall kombinierte Hg-Salvarsankur. Bei stärkeren sensiblen Reizerscheinungen vorübergehend das Hg weglassen und die Salvarsandosis verringern. In der zweiten Hälfte der Kur und noch einige Zeit nachher, 2 bis 5 g Jodnatr. täglich. Wiederholung der Kur bei gutem Erfolge innerhalb etwa eines Jahres, bei schlechtem Erfolge früher, bei stationären und oligosymptomatischen Fällen auch erst später oder überhaupt nicht. Maßgebend ist das Befinden und nicht der Wassermann. Bei ungenügendem Erfolge Kombination mit einer Fiebermethode (Malariakur oder Typhusvakzine). Tuberkulin ist weniger ratsam, da der Tabiker nicht so tuberkulintolerant ist wie der Paralytiker. Auf eventuelle Zunahme der Schmerzen namentlich im Beginn der Fieberkur ist Patient aufmerksam zu machen (Ther.: Aspirin, Pyramidon). Die endolumbalen Methoden leisten nichts Besonderes. Zur Prophylaxe etwaiger Salvarsanzufälle gibt Herzen gleichzeitig Adrenalin 0.02 bis 0.03 muskulär. Pulav vermeidet sensible Reizerscheinungen bei Neosalvarsan, indem er dasselbe statt in Wasser in 5 bis 10 cm³ Afenil auflöst. Bei akuter schwerer Ataxie ist nach Mattauschek zunächst nur Salvarsan + Jod angezeigt. Bei beginnender Optikusatrophie ist ein Versuch mit der Malariabehandlung dringend zu empfehlen.

Die Liquorbefunde können sowohl bei Tabes als auch bei Paralyse trotz ausgezeichneter Heilerfolge unverändert bleiben und umgekehrt.

Prophylaxe. Auch die frühzeitige und ausreichende spezifische Therapie der Lues bietet noch keinen absoluten Schutz gegen das Auftreten der Metalues. Hingegen scheint das Durchmachen irgend einer fieberhaften Infektionskrankheit in den ersten Jahren nach dem Primäraffekt vor Metalues zu schützen, wie Mattauschek und Pilcz (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912. H. 2, und 1913, S. 608) an großem Material beobachten konnten. Auch wird die Seltenheit der Metalues in den Tropen trotz großer Verbreitung der Lues auf die endemischen Tropenkrankheiten (Malaria, Gelbfieber usw.) zurückgeführt. Konsequenterweise wird schon bei Frühlues die Kombination mit der Fiebertherapie empfohlen und von Kyrle auch bereits gehandhabt. (Von anderen Autoren wird die Seltenheit der Metalues in den Tropen durch die starken luetischen Manifestationen in der Haut erklärt, die dadurch lebhaft zur Antikörperproduktion angeregt wird. Diese „Esophylaxie" der Haut läßt sich auch durch reaktive Quarzbestrahlungen erzielen — Ref.) Die gesamte einschlägige Literatur findet sich in der Monographie von Nonne: „Syphilis und Nervensystem", Vierte Auflage. 1921. (W. m. W. Nr. 8, 1923.)

Zur Technik der Suggestivbehandlung bei Gebildeten.

Man hört oft selbst von Nervenärzten, daß ihnen Suggestivbehandlung bei Ungebildeten und Kindern gelinge, bei Gebildeten aber mißlinge. Es ist eben nötig, bei Gebildeten die Suggestivtherapie nicht als gewaltsame Beeinflussung, sondern als ein Zusammenarbeiten zwischen Arzt und Patienten zu üben. Zur Vorbereitung haben sich Prof. Schultz (Jena) besonders zwei Verfahren bewährt, der Pendel- und Fallversuch. Der Pendelversuch ist eine Nachbenutzung des bekannten „siderischen Pendels" zur Demonstration unbemerkter Muskelaktionen. Man stellt aus einem zungenförmig gebogenen festen Eisendraht einen Bügel von 20 cm Länge her. An der vorderen Biegung des Bügels ist an einem 20 cm langen Faden eine Bleikugel von 1 cm Durchmesser aufgehängt. Die Versuchsperson bekommt den Bügel in die Hand, stellt sich mit ungezwungen frei gehaltenem Arme an einen Tisch und erhält zunächst die Aufgabe, die Kugel über den Schnittpunkt eines aufgezeichneten großen Kreuzes

frei in der Luft zu halten und jede willkürliche Bewegung zu vermeiden. Darauf erhält sie die Anweisung, intensiv mit Blick und Gedanken einer der Kreuzlinien zu folgen, weder an die Hand noch sonst etwas zu denken, sondern sich nur auf den Eindruck der Linie festzulegen. Bei den meisten Menschen tritt dann ein unwillkürliches Schwanken des Pendels quer, längs oder in Kreisbewegung auf. Damit ist dem Patienten die Beeinflussung seines Körpers durch seelische Vorstellungen demonstriert.

Beim „Fallversuch" stellt man die Versuchsperson in „strammer" Haltung vor einen Sessel und weist sie an, sich vollkommen fest auf die Vorstellung zu konzentrieren: „ich falle jetzt nach hinten". Man betont daß diese Vorstellung sie ganz ausfüllen und ununterbrochen in ihr gegenwärtig sein müsse; bei vielen wird ein schnelles und oft plötzliches Umfallen eintreten. Der „Pendelversuch" pflegt bei etwa 80% aller Patienten, der „Fallversuch" bei 60% zu gelingen.

Wichtig ist eben, daß die Versuchsperson keinerlei Anlaß hat, eine fremde Beeinflussung von außen anzunehmen, sondern erfährt, wie hier die eigenen „Vorstellungen" Macht gewinnen. So kommt es zu einer intensiven Arbeitsgemeinsamkeit zwischen Arzt und Patienten. Ebenso soll man eine therapeutische Hypnose bei Gebildeten nicht durch Überrumpelung (Fixieren eines Gegenstandes, Streichungen usw.) wie ein Dompteurkunststückchen zu erreichen suchen, sondern durch die „fraktionierte Methode", indem man sich Schritt für Schritt und unter gemeinsamer Verständigung über das Erreichte in den suggestiven Zustand hineinarbeitet. Man macht dem Kranken klar, daß jeder normale Mensch Kräfte zur Verfügung hat, mit denen er Wirkungen erreichen kann, die dem alltäglichen Willensmechanismus fremd sind; z. B. ist der normale Mensch nicht in der Lage, mit seinem Willen Blässe oder Röte des Gesichtes hervorzurufen; durch intensive Vorstellung von Kälte kann er das aber bewirken. Als Ziel der Behandlung bezeichnet man so dem Kranken, einen Zustand herzustellen, der es gestattet, „Vorstellungen" lebendig zu machen, die geeignet sind, den Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken. Man betont dabei, daß der Erwerb solcher seelischen Inhalte, wie jeder seelische Erwerb, an ein Üben und Lernen geknüpft ist. Zu diesem systematischen Training will ihm der Arzt behilflich sein. Man zeigt ihm zunächst die Beeinflussung der willkürlichen Muskulatur. Man läßt ihn bequem Platz nehmen, die Augen schließen und seelisch eine vollständig passive Haltung einnehmen. Jetzt soll er sich selbst auf die Vorstellung konzentrieren: „mein Arm ist schwer". Es tritt die als „initiale Hypotonie" bezeichnete Erscheinung auf, die sich dem Pat. zweckmäßig durch den sogenannten „ersten Großmannschen Griff" demonstrieren läßt: der Unterarm wird lose angehoben und fällt nun dem eigenen Gewichte nach „bleischwer" nieder. Bei einem Teil der Personen kann man nun schon Spannungszustände im Arm feststellen, das ist der Übergang zur Katalepsie. Wo das nicht der Fall ist, umfaßt man jetzt die Muskulatur des Oberarmes mit mäßigem Druck und stellt die Versuchsperson auf die Vorstellung ein: „mein Arm ist steif", wobei man immer wiederholt, daß wie beim Pendelversuch und anderen Versuchen jede bewußte Mitwirkung zu vermeiden ist; die Versuchsperson hat sich nur intensiv der gegebenen Vorstellung einzufühlen. In den allermeisten Fällen kann man jetzt ohne weiteres Katalepsie herstellen.

In den folgenden Sitzungen wird nun z. B. die Vorstellung geübt: „der Arm ist warm", wobei die Wärmeempfindung wellenförmig meist von der Schulter absteigend, beobachtet wird. Ist man so weit, so kann man individuell weiterarbeiten und zur Beeinflussung des speziellen Krankheitsfalles übergehen. (Klin. Wschr. Nr. 9, 1923.)

Chirurgie.

Akute Appendizitis — Frühsymptom.

Im allerersten Beginn der Blinddarmentzündung, und zwar innerhalb der ersten sechs Stunden, bevor noch Erscheinungen in der fossa iliaca zu bemerken sind, klagen die Patienten über Schmerzen in der linken Oberbauchgegend. Sie liegen mit angezogenen Beinen am Rücken im Bett; Erbrechen kann bereits aufgetreten sein. Die Schmerzhaftigkeit beschränkt sich auf das linke Epigastrium, wo auch Hautüberempfindlichkeit festzustellen ist, in der Appendixgegend keinerlei Befund zu erheben. Dagegen ist der linke Oberbauch gespannt und hart anzufühlen. Laparotomiert man in diesem frühesten Stadium, so sieht man das große Netz bereits zur Appendix hinziehen. Robert Rove nennt dieses von ihm gefundene Zeichen das epigastrische Syndrom und erklärt es als durch Reizung der Nerven des großen Netzes, bzw. der Magennerven an der großen Kurvatur hervorgerufen, da das Omentum maius durch das Hinziehen zur Appendix gezerrt wird. Dieses Symptom ist jedoch nur in den allerersten Stunden vorhanden und verschwindet dann, um durch die klassischen Zeichen der akuten Appendizitis ersetzt zu werden. Rove tritt warm für die Operation zur Zeit des Bestehens des epigastrischen Zeichens ein, da man, bevor die übrigen Symptome auftreten, den Patienten mit Sicherheit durch die Operation retten kann. (Presse médicale, 5. Mai 1923.)

Gesichtsfurunkel

sind nach W. Hofmann (Chir. Univ.-Klinik, Berlin) nicht darum so bösartig, weil sie etwa Milzbrandbazillen oder andere eigenartige Bakterien enthalten, sondern sie werden vom gewöhnlichen Staphylococcus aureus erzeugt, verlaufen aber wegen der eigenartigen Anordnung der Hautvenen am Kopfe fast immer so ungünstig. Manchmal enden sie trotz aller Behandlung schnell tödlich mit den Erscheinungen der Thrombose der großen Hirnsinus. Die Behandlung soll unbedingt konservativ sein. Inzisionen stiften eher Schaden als Nutzen. Neben heißen Kataplasmen wirkt am besten die Biersche Stauung am Halse; Saugen mit der Saugglocke ist schädlich, vermehrt oft das Fieber unter Schüttelfrösten. — Technik der Halsstauung: Wegen der reichlichen Gefäßversorgung am Halse braucht man nicht mehrere Bindentouren anzulegen; es genügt eine Tour mit einer 3 cm breiten (bei Kindern 2 cm breiten) Baumwollgummibinde, die also etwas knapper als die Halsweite des Patienten angelegt wird. Die beiden Enden werden mittels Haken oder Ösen miteinander verbunden. Man tut gut, mehrere Reihen oder Ösen hintereinander anzubringen, um die Stärke der Stauung nach Belieben ändern zu können. Die empfindliche Haut am Nacken, wo die Haken aufliegen, wird durch Filz geschützt. Ferner werden zwei Filzplatten zur Verstärkung des Druckes auf die Karotiden gelegt. Die Binde soll möglichst weit unten am Halse angebracht werden. Die Stauungszeit beträgt (wie bei der Stauung an Extremitäten) 20 bis 22 Stunden. Die Kranken sollen nach dem Anlegen der Staubinde das Gefühl einer Erleichterung haben; empfinden sie Schmerzen, so liegt meist ein Fehler der Technik vor. Durch die Stauung schwellen anfangs die Gesichtsfurunkel und deren Umgebung erheblich an; man lasse sich dadurch nicht abschrecken. Bald fühlen sich die Kranken, die ja bei Gesichtsfurunkeln immer einen schwer kranken Eindruck machen, erleichtert; nach zwei bis drei Tagen erweichen die Infiltrate schon, und das Fieber fällt ab.

Neben der Stauung werden, wie erwähnt, heiße Kataplasmen angewendet und zum Verband der Furunkel am besten 10%iges Ichthyol-Vaselin benützt. Kleine Gesichtsfurunkel können so ambulant behandelt werden; größere erfordern klinische Behandlung unter Bettruhe mit möglichster Schonung der erkrankten Teile vor mechanischen Einflüssen; vor allem ist das Sprechen ganz zu verbieten.

Bei dieser konservativen Behandlung hatte die Biersche Klinik nur etwa 6% Todesfälle. Es ist Pflicht des Arztes, die Kranken über die Gefährlichkeit der Gesichtsfurunkel aufzuklären und ihnen jedes Kratzen und Drücken im Gesicht zu verbieten. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 123, 1923.)

Die Nachbehandlung des operierten Ulcus pepticum.

Von Prof. H. Schur (Wien).

Nach Gastroenterostomie ist bekanntlich die Ulkusdiät mit Alkalien, Atropin und seinen Derivaten fortzusetzen. Milch, Milchspeisen, leicht verdauliche Fette, Öl, Butter, weiche Eier, zarte Fleischspeisen sind erlaubt, grobe Gemüse, gebackene Germspeisen, vor allem Schwarzbrot und Kuchen verboten.

Nach der modernen Magenresektion ist auf die konsekutive Achylie und starke Verkleinerung des Magens Rücksicht zu nehmen. Die Speisen passieren denselben sehr rasch und überschwemmen unverdaut den Darm. Gewöhnlich bestehen zwar nach der Operation keine Beschwerden, nur rohe Milch, rohe oder sehr weiche Eier und rohes Fleisch werden häufig schlecht vertragen (Druckgefühl in der Magengegend, gastrogene Diarrhoen) und sind daher zu verbieten. Salzsäure, Azidolpepsin u. dgl. sind kontraindiziert, da sie zu einem Ulkusrezidiv führen könnten. Auch saure Milch wird nicht genügend gut vertragen, hingegen besser (mit Pegnin) gelabte Milch, von welcher man täglich bis zu 1 l ohne Schaden geben kann. Sehr zweckmäßig sind häufige und kleine Mahlzeiten. Durch Fettzufuhr kann Hyperazidität reduziert werden. Atropin wirkt nur ungenügend.

Um Rezidive zu verhüten, soll die Magensekretion in regelmäßigen Intervallen kontrolliert werden. Treten wieder auch nur leichte Aziditätsgrade auf, so ist nach jeder Mahlzeit Speisesoda zu geben. Dauernde Neutralisation ist anzustreben und auch leicht erreichbar, da die Magensekretion durch die Operation stark reduziert ist. Da in den ersten Wochen nach der Operation eine Ausheberung nicht gestattet ist, gibt man zur Sicherheit in jedem Falle gleich mit den ersten substantiellen Mahlzeiten Soda. An Stelle von Milch gebe man in den ersten Wochen Mehlsuppen, dünne Fleischpürees, Zuckerwasser mit Obstsaft u. dgl. Nur gelabte Milch kann gestattet werden. (W. m. W. Nr. 16, 1923.)

Postoperative Harnverhaltung — Urotropin.

Im vorigen Jahre hat Vogt venöse Urotropininjektion zur Bekämpfung der postoperativen Harnverhaltung empfohlen („Ars Medici" 1922, S. 60). Goetz hat das Verfahren nachgeprüft und lobt es außerordentlich. Doch wartet er nicht, wie Vogt, bis zum Abend nach der Operation, sondern injiziert gleich nach der Operation (noch in der Narkose) 5 bis 10 cm³ der 40%igen sterilen Urotropinlösung (fertige Ampullen von E. Schering, Chem. Fabrik auf Aktien, Berlin; Ampulle in 35° warmem Wasser vorher erwärmen!) in die Ellenbeugevene. Innerhalb zwei bis zehn Stunden erfolgt stets spontanes Urinlassen, und das besonders nach der Geburt nicht ungefährliche Katheterisieren wird erspart. Die Wirk-

samkeit wurde sowohl nach Allgemeinnarkosen wie nach Lumbalanästhesie, sowohl nach Laparatomien als nach geburtshilflichen Operationen ohne Laparatomie erprobt. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 8, 1923.)

Die Behandlung der Radiusfraktur.

Lorenz-Böhler (Gries bei Bozen) lernte einen Bauer kennen, der als Knochenheiler weit und breit berühmt war. Jede Fraktur wurde unter starkem Zug und Gegenzug, welchen zwei Personen gleichmäßig anhaltend ausübten, von ihm eingerichtet und verbunden, wobei er um die Fraktur kleine schmale Holzschienen etwa von der Größe eines hölzernen Zungenspatels, legte. Täglich wurden unter Zug und Gegenzug der Verband abgenommen, das verletzte Glied mit einer Salbe massiert, die Nachbargelenke bewegt und der Verband wie oben wieder angelegt.

Auch die Radiusfraktur soll (in allgemeiner oder lokaler Anästhesie) durch kräftigen langsamen Zug (nicht durch Ruck!), den zwei Hilfspersonen ausüben, eingerichtet und verbunden werden. Der Zug darf nicht nachlassen, bis der feste Verband, der die Bruchstücke in ihrer guten Lage erhalten soll, fertig ist. Der feste Verband (Gipsschiene) wird in leichter Dorsalflexion oder (in der Landpraxis) bei gestrecktem Handgelenk und rechtwinklig gebeugtem Ellenbogen, Hand in Mittelstellung zwischen Pronation und Supination an der Streckseite angelegt und muß Finger, Radioulnargelenke und Ellenbogen für aktive Bewegungen, die vom ersten Tage an in vollem Umfange erfolgen müssen, frei lassen. Der Verband darf nicht gepolstert sein und darf nicht abgenommen werden, bevor die Bruchstücke knöchern vereinigt sind. Verbindet man in Dorsalbeugung, so muß man sofort durch Röntgenaufnahme nachsehen, ob die Beugung statt im Handgelenk allein nicht auch an der Bruchstelle erfolgt, wodurch die Bruchstücke wieder verschoben werden. Ganz verfehlt ist Fixation in Volarbeugung; sie führt bei älteren Leuten in einer Woche zur dauernden Gelenksversteifung.

Technisches. Man benötigt eine frische Gipsbinde (3 m lang, 12 cm breit), Kaliko- oder Mullbinden. Bei Allgemeinnarkose vorher urinieren lassen (Chloräthylrausch, achtfache Mullschicht)! Sobald Patient falsch oder rasch zählt, ist Analgesie eingetreten und soll der Zug beginnen. Genügt dieser nicht zur Beseitigung der Dislokation, so legt man unter fortgesetztem Längszug durch die beiden Assistenten den Vorderarm knapp oberhalb der Bruchstelle über eine gepolsterte Stuhllehne und knickt das periphere Bruchstück zuerst volar, dann ulnar ab und dreht gleichzeitig die Hand in Pronation. Aus der angefeuchteten Gipsbinde wird eine Schiene hergestellt, die von den Fingergrundgelenken bis in die Nähe des Ellenbogens reicht, ohne Polsterung dorsal über Mittelhand und Vorderarm schalenförmig gut anmodelliert und mittels der Kaliko- oder Mullbinden fest gebunden wird. Der periphere Zug muß hiebei an den Fingern und dem Daumen erfolgen. Durch Gegendruck mit der flachen Hand auf die Bruchstelle bis zum Hartwerden des Verbandes verhindert man hiebei eine Dislokation der Fragmente. Die Gipsschiene umschließt zwei Drittel des Handgelenkes ohne auf die Gefäße zu drücken. Völlige Schmerzlosigkeit kann man auch durch Umspritzen der Vorderarmknochen knapp oberhalb der Fraktur mit zirka 15 cm³ einer 1%igen Novokain-Suprarenin-Lösung erzielen. Haut und Subkutis brauchen nicht infiltriert zu werden.

Nachbehandlung. Sobald der Verband fest geworden ist, läßt man den Verletzten die Finger bewegen. Sind dieselben angeschwollen oder blau, so wird die Kalikobinde gelockert. Die Finger müssen sofort

vollkommen gebeugt, gestreckt, gespreizt werden, notfalls unter Mithilfe der gesunden Hand. Ebenso Vorderarm pro- und supinieren (jedoch nicht im Schultergelenk), dann Ellenbogen strecken und beugen, Hand frontal hinter Kopf und Rücken legen, dann Gewichte ziehen über Rollenzug u. dgl. In zwei bis drei Tagen ist die Hand gewöhnlich zu leichteren Verrichtungen brauchbar. Es ist nur für wenige Tage oder überhaupt nicht nötig, den Arm in einer Schlinge zu tragen. Die Schiene wird erst nach drei Wochen entfernt.

Diese Behandlung mit aktiven Bewegungen bei vollkommener Ruhigstellung der gut eingerichteten Fragmente ist der Massagetherapie in jeder Hinsicht weit überlegen. (M. m. W. Nr. 13, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Blutmenge der schwangeren Frau

ist nach Untersuchungen von Gueissaz und Wanner (Lausanne) um etwa 15% im Vergleich zu ihrer Blutmenge im nichtgraviden Zustande vermehrt. Dadurch erträgt die Frau am Ende ihrer Schwangerschaft Blutverluste, die sonst tödlich wären. (Schweiz. m. W. Nr. 48—50, 1922.)

Die Komplikation der Gravidität durch entzündlichen Adnextumor

ist in den Lehrbüchern nur kurz behandelt. Das beweist, daß dieses Zusammentreffen nicht sehr häufig ist. Der entzündliche Adnextumor verhindert oft die Konzeption; ist sie doch erfolgt, so scheinen die Entzündungen der Adnexe unter der Graviditätshyperämie günstig beeinflußt zu werden.

Besteht aber einmal schwere Adnexentzündung in der zweiten Schwangerschaftshälfte, so ist dies eine sehr ernste Komplikation, da die fortschreitende Schwangerschaft und die beginnende Wehentätigkeit zu einer Zerreißung der Abszeßmembran und damit zu einer diffusen eitrigen Peritonitis führen kann. Einen solchen Fall beschreibt Richter (Dresdener Frauenklinik); trotz sofortiger Totalexstirpation starb die Patientin.

In der geburtshilfl.-gyn. Gesellschaft zu Wien stellte Beckmann eine Frau vor, die während der Geburt Zeichen einer akuten eitrigen Peritonitis infolge eines Adnextumors gezeigt hatte. Es wurde der klassische Kaiserschnitt gemacht, die Bauchhöhle drainiert und die Kranke wider Erwarten gerettet. In der Aussprache zu dieser Demonstration wurde fast allgemein der klassische Kaiserschnitt für solche Fälle abgelehnt, da ja eine Infektion des Uterus fast sicher erfolgen müsse. Köhler und Halban empfahlen den vaginalen Kaiserschnitt oder hohe Zange und dann Laparatomie, Waldstein und Latzko die Porro-Operation, Fabricius eröffnet und drainiert gar bei Peritonitis in der Schwangerschaft die Bauchhöhle und läßt die Gravidität weiter bestehen, bzw. unterbricht sie bei hohem Fieber durch Einleitung des Abortus oder der Frühgeburt; der von den Autoren bei solchem Verfahren gefürchtete Darmvorfall läßt sich nach ihm durch entsprechende Tamponade verhüten. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 9 und 10, 1923.)

Hemeralopia gravidarum.

Hemeralopie oder Nachtblindheit nennt man bekanntlich ein Leiden, das durch schlechtes oder undeutliches Sehen bei schwachem Lichte gekennzeichnet ist. Die Hemeralopie tritt, wie schon länger bekannt, nicht

selten gegen Ende der Schwangerschaft auf. Klaften (I. Univ.-Frauenklinik, Wien) studierte eine Reihe von Fällen genauer. Gewöhnlich tritt das Leiden erst in den letzten Wochen ante partum auf und verschwindet bald nach der Geburt. Aber auch die frühzeitig (in der ersten Hälfte der Schwangerschaft) auftretenden Fälle heilen spontan; sie sind jedoch häufig Anzeichen einer Nephritis. Bei jedem frühzeitig in der Schwangerschaft sich zeigenden Falle von Hemeralopie ist also Urin, Allgemeinzustand und Augenhintergrund zu untersuchen. Bei der gegen Ende der Schwangerschaft auftretenden Nachtblindheit kommen ebenfalls häufig Ödeme und Eiweißausscheidung, jedoch selten Nephritis vor. Die Ursache der Hemeralopia gravidarum scheint eine Avitaminose zu sein, doch spielen wahrscheinlich auch der gestörte Leberstoffwechsel und die Nierenfunktion eine wichtige Rolle. Therapeutisch bewährte sich Darreichung von Leber in verschiedener Zubereitung; ferner Lebertran, frisches Gemüse, frischer Zitronensaft sowie Preßsaft frischer Mohrrüben; bei Schwächezuständen kommt eine roborierende Diät in Betracht. Lokal wird die Dunkelkur und die Behandlung mit Hallauer oder Euphosgläsern empfohlen. (Ztschr. f Geb., Bd. 85, H. 3, 1923.)

Ileus und Volvulus in der Schwangerschaft

durch Druck des graviden Uterus auf den Darm sind zwar selten (vgl. „Ars Medici“ 1920, S. 14), doch muß der Arzt gegebenenfalls daran denken. So berichtet König (Chir. Klinik, Königsberg) über eine Frau, die im sechsten Monate der Schwangerschaft mit Schmerzen und Erbrechen erkrankte. Die Symptome wurden als Schwangerschaftserbrechen aufgefaßt; die Kranke wurde von zwei Ärzten und sogar von einer Frauenklinik ohne Erkennung des Darmverschlusses behandelt, bis sie nach angeblich 14tägiger Stuhl- und Windverhaltung mit Koterbrechen in die Klinik eingeliefert wurde, wo natürlich die Operation den Tod nicht mehr aufhalten konnte. Nur rechtzeitige Laparatomie kann in diesen Fällen helfen. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 122, H. 1.)

Mammaoperationen und Menstruation.

Rosenburg (I. Chir. Abt. Rud. Virch. Krankenh., Berlin) berichtet über eine Frau, welche wegen Vergrößerung einer Mamma und Schmerzen die Klinik aufsuchte. Es wurde Fibrom diagnostiziert und die Mamma auf Wunsch der Patientin amputiert. Die histologische Untersuchung zeigte nur Drüsenhypertrophie; vier Tage post operationem setzte die normale Menstruation ein; es hatte sich also nur um eine praemenstruelle Mammahypertrophie gehandelt. Da man nun weiß, daß vor und nach der Menstruation so beträchtliche Mammahypertrophien vorkommen und oft auch „Knoten“ gefühlt werden, die dann wieder verschwinden, wird man Mammaoperationen — wo irgend möglich — nur im Menstruationsintervall vornehmen, um Täuschungen zu vermeiden und um möglichst wenig Drüsengewebe zu verletzen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 13, 1923.)

Die Retroflexio uteri gravidi

ist eine recht häufige und schwere Komplikation, die auch den Praktiker oft zum Eingreifen zwingt. Die Retroflexio ist fast immer schon vor der Schwangerschaft vorhanden gewesen und entsteht nach Dozent Vogt (Tübingen) nur ganz ausnahmsweise während der Gravidität. Der retroflektierte Uterus richtet sich während der Schwangerschaft meist selbst auf. Seltener kommt es zur Fehlgeburt, wahrscheinlich wenn die Frucht infolge von Zirkulationsstörung nicht genügend ernährt wird und abstirbt.

Die wichtigste Schwangerschaftsstörung ist die Einklemmung des retroflektierten graviden Uterus. Die ersten Zeichen der Einklemmung machen sich im vierten Schwangerschaftsmonat bemerkbar, seltener im dritten oder im fünften. Vor allem stellen sich Urinbeschwerden ein; eine Ischuria paradoxa bleibt fast nie aus. Der Urin wird blutig. Es kommt zu Zystitis, die durch Gangrän und Abstoßung von Teilen der Blasenschleimhaut oder der ganzen Blasenschleimhaut kompliziert werden kann („Cystitis dissecans gangraenescens"). Ausnahmsweise berstet die ganze überdehnte Harnblase, oder es bildet sich eine Urinfistel. Bei zu später oder ganz fehlender Behandlung gehen die Frauen an Sepsis, Peritonitis oder Urininfiltration sehr schnell zugrunde. Die ganz schweren Komplikationen (Uterusruptur, Reissen der hinteren Vaginal- und der Mastdarmwand, Austreten des Corpus uteri per anum usw.) kommen heute selten zur Beobachtung.

Die Diagnose ist in typischen Fällen nach dem Gesagten nicht schwer: In der Anamnese Amenorrhoe seit etwa vier Monaten, sich steigernde Blasenbeschwerden, Druck auf den Mastdarm, Obstipation, Ileuserscheinungen. Ganz besonders sind die Blasenbeschwerden zu beachten, deren Anwesenheit in der ersten Hälfte der Schwangerschaft immer den Gedanken an Retroflexio uteri gravidi erwecken soll. Die objektive Untersuchung zeigt die gedehnte Blase als Tumor, der nach Katheterismus verschwindet. Der Uterus ist von den Bauchdecken aus nicht zu tasten. Die Portio stellt sich nach vorn gegen die Symphyse oder gegen die vordere Bauchwand zu. Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen prall elastischen Tumor vorgewölbt, der schmerzhaft und wenig beweglich ist. Fehldiagnosen entstehen wohl nur, wenn man den Tumor der gedehnten Blase als Uterus auffaßt und so eine Gebärende vor sich zu haben glaubt, zumal durch den Druck auf den Mastdarm Wehen ausgelöst werden können.

Die Therapie der unkomplizierten Retroflexio uteri gravidi ist einfach: Entleerung der Harnblase und bimanuelle Aufrichtung des Uterus unter Zuhilfenahme der Mastdarm-Scheiden-Bauchdecken-Palpation. Die Entleerung der Harnblase darf nicht auf einmal, sondern soll in mehreren Etappen erfolgen. Der hiefür meist empfohlene männliche Metallkatheter ist weniger geeignet, als ein halbstarrer männlicher Nelatonkatheter, den man sehr vorsichtig unter Kontrolle der Spitze mit dem Finger in der Vagina durch die bis auf 10 cm und mehr verlängerte, oft geschlängelte Urethra einführen muß. Bei Vorsicht und Geduld gelingt der Katheterismus immer; sollte das einmal nicht der Fall sein, so wäre die Punktion der Blase mit dünnem Trokart in der Mittellinie angezeigt. Die Reposition des Uterus erfolgt nun in der gewohnten Weise: Mobilisierung und Herausluxieren aus dem kleinen Becken vorwiegend mit der inneren Hand, dann umfaßt die äußere Hand das Korpus und bewegt es bauchwärts, während die innere Hand die Portio weit nach hinten und unten in die Kreuzbeinhöhlung drückt; man muß auch hier überkorrigieren. Schwierigkeiten der Reposition sucht man durch Narkose zu beheben. Oft gelingt die Aufrichtung nicht in der Mittellinie, wohl aber, wenn man das Korpus seitlich von der Mittellinie neben dem Promontorium vorbeiführt.

Gelingt die Reposition mit der Hand nicht, so haben wir in der Kolpeuryse ein ausgezeichnetes Mittel, sie zu erleichtern. Der Kolpeurynter wird mit Flüssigkeit oder noch besser mit ½ kg Quecksilber gefüllt und in die Scheide eingeführt. Dadurch wird der Uterus in schonendster Weise aus dem Becken herausgehebelt, besonders wenn man

die Druckwirkung des Gummiballons unterstützt durch horizontale Lage im Bett mit erhöhtem Fußende oder durch Bauchlage, Seitenbauchlage und schließlich auch durch Knieellenbogenlage. Die Wirkung des Kolpeurynters ist eine gleichmäßigere und schonendere als die der reponierenden Hand. Als Nachbehandlung ist ein Hodge-Normalpessar oder Wiegenpessar mit einem Durchmesser von 7 bis 8 cm einzulegen und bis zum fünften bis sechsten Schwangerschaftsmonat zu tragen. Kontraindiziert ist die Reposition des retroflektierten graviden Uterus nur bei Blasengangrän und bei engem Becken.

Mißlingt die Reposition bei geduldigem wiederholtem Versuch, so leitet man den künstlichen Abort ein, was aber oft die größten Schwierigkeiten bereitet. Zuweilen kann man an die Portio nämlich gar nicht herankommen. Man wird aber alles versuchen, um die Portio zugänglich zu machen und mittels eines dünnen Bougies die Blase zu sprengen. Beim Fehlschlagen dieser Versuche ist die Sectio vaginalis zu empfehlen. Die Einleitung der Fehlgeburt ist aber nur erlaubt, wenn bereits Infektion oder schlechtes Allgemeinbefinden der Frau sie nötig machen oder der Spontanabort schon im Gange ist. Andernfalls ist Laparotomie und blutige Reposition des Uterus angezeigt.

Prophylaxe. In den ersten Monaten der Schwangerschaft soll man jede Retroflexio mobilis aufrichten; man sieht keinen Schaden davon, keinen Abort als Folge der Reposition. Frauen mit Retroflexio soll man belehren, sich im Falle der Konzeption in Untersuchung und Behandlung zu begeben. (Klin. Wschr. Nr. 10, 1923.)

Bei Steißlagen alter Erstgebärender

ist Geburtsstillstand infolge der mangelhaften Erweiterung des rigiden unteren Uterinsegmentes nicht selten, schreibt F. Benzel (Bad Kreuznach), und erfordert dann meist im Interesse des Kindes, aktives Vorgehen. Die Extraktion durch Einführen des Fingers oder eines Steißhakens in die vordere Hüftbeuge oder mittels Schlinge ist ohne Verletzung des Kindes undurchführbar, wenn der vorliegende Kindesteil im Becken fest eingekeilt ist. Die prophylaktische äußere Wendung führt häufig zu vorzeitigem Blasensprung oder zur Schieflage und ist deshalb so gut wie verlassen. Besser ist es, bei noch beweglichem Steiß den vorderen Fuß herunterzuholen, da man dann jederzeit die Geburt beenden kann. Um jedoch die weichteilerweiternde Funktion des vorangehenden Steißes möglichst auswirken zu lassen, kann man bei Geburtsstillstand den Fuß auch erst in der Austreibungsperiode herabholen, nachdem man durch eine ausgiebige seitliche Scheiden-Damminzision in Narkose (notfalls beiderseitig) genügend Raum zum Eingehen der Hand neben dem tiefstehenden Steiß geschaffen hat. Eingehen bis zur Kniekehle und Abduktion des Kindesfußes kann nach Pinard das Ergreifen desselben erleichtern. (M. m. W Nr. 12, 1923.)

Syphilis und Schwangerschaft.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Prof. H. Thaler (Wien).

An der I. Wiener Frauenklinik ergab die WaR. in 4.7% aller Schwangeren der drei letzten Jahre Lues. Auch heute noch wird häufig die Lues der Mutter erst durch Geburt eines luetischen Kindes erkannt. Eine syphilitische Frau kann viele ihrer Früchte infizieren. So brachte eine 39jährige Frau 15 luetische Kinder zur Welt, das letzte 18 Jahre nach ihrer Infektion. Auch auf die dritte Generation kann die Lues übertragen werden.

Im Gegensatz zu den früheren Anschauungen ist hingegen Lues nur ausnahmsweise Ursache von Spontanabort während der ersten fünf Monate und von habituellem Abort. Nur 20% dieser Fälle haben positive WaR. Die Lues führt meist erst um die Mitte der Gravidität zum Abort. Die syphilitische Plazenta fällt häufig durch ihre besondere Größe und Schwere auf. Die Infektion der Frucht erfolgt höchstwahrscheinlich erst nach der Konzeption. Die Mutter eines syphilitischen Kindes zeigt in der Regel positive WaR. Eine rein väterliche Vererbung ist unwahrscheinlich, da auch die anscheinend gesunde und ausnahmsweise Wa.-negative Mutter infiziert sein kann. Auf Grund neuerer Erfahrungen sind die Kinder syphilitischer Mütter auch dann infiziert, wenn sie anscheinend gesund zur Welt kommen, da sie später meist doch erkranken. Damit sind die Gesetze von Colles-Baumes und Profeta hinfällig geworden.

Infolge der Serumveränderungen in der Gravidität kann ausnahmsweise (in zirka 10%) die WaR. auch bei gesunden Frauen positiv ausfallen. Dieselbe ist daher im Zweifelsfall zu wiederholen. Wiederholt positiver Ausfall spricht jedoch höchstwahrscheinlich für Lues. Ebenso häufig dürfte negative WaR. trotz Lues vorkommen. Um die Zeit der Geburt herum sind daher serologische Untersuchungen am besten zu unterlassen und die erste nicht vor dem sechsten Wochenbettage vorzunehmen (Esch). Die neueste Modifikation der Meinickeschen Reaktion, die mit cholesterinfreiem Pferdeherzextrakt arbeitet und schon nach einer Stunde die Ablesung des Resultates gestattet, dürfte weniger paradoxe Resultate liefern als die WaR.

Prophylaktisch gelten allgemein folgende Regeln: Zwischen Primäraffekt und Eheschließung sollen mindestens fünf Jahre liegen mit wiederholten energischen Kuren. Seit drei Jahren dürfen keinerlei luetische Manifestationen aufgetreten sein und seit einem Jahr muß die WaR. wiederholt negativ ausgefallen sein. Jede Frau, die irgend einmal Lues durchgemacht hat, muß unbedingt vor der Eheschließung und zu Beginn einer jeden Gravidität eine energische Kur durchmachen, selbst bei schon lange negativer WaR. Positive WaR. während der Gravidität erfordert sofort spezifische Therapie. In 144 Fällen von Syphilis gravidarum erzielte Seitz durch spezifische Therapie 121 gesunde Kinder (83%).

Die kombinierte Therapie ist die zweckmäßigste, doch darf Salvarsan auch nur bei den geringsten Zeichen einer Niereninsuffizienz und gegen Ende der Gravidität nicht gegeben werden.

Zeigt ein Kind nach der Geburt Zeichen von Lues, so soll es von der eigenen Mutter gestillt werden, da diese syphilitisch ist, bzw. darf nur eine luetische Amme genommen werden. Zeigt das Kind einer erst in der zweiten Hälfte der Gravidität infizierten Mutter keinerlei Zeichen für Lues (mütterliche Lues zur Zeit der Geburt noch nicht generalisiert, Kind vielleicht noch frei), so darf das Kind nicht gestillt, sondern muß künstlich ernährt werden. Liegt bei der Mutter eine alte, überdies schon mehrfach behandelte Lues vor, so kann das Kind vollkommen gesund sein, darf aber gleichwohl von der Mutter gestillt werden, da eine Infektion auch durch das Stillen nicht zu befürchten ist. (W. Kl. W. Nr. 16, 1923.)

Wassermann-Reaktion und Schwangerschaft.

Esch (Marburg) fand unter 462 gesunden Schwangeren 38mal (= 8.23%) positive WaR. In der Gravidität hat nur wiederholt positiver Ausfall der WaR. diagnostische Bedeutung. (Arch. f. Gyn., Bd. 117, S. 147.)

Weibliche Sterilität — Elektromassage.

Prof. Bumm hat vor einiger Zeit dieses Verfahren angegeben, und Nürnberger weist darauf hin, daß die Elektromassage zu selten versucht und zu wenig nachgeprüft wurde. Sie eignet sich für die Fälle, in denen Infantilismus als Ursache der Sterilität anzunehmen ist. Bumm hatte gute Erfolge sowohl zur Beseitigung von Dysmenorrhoe als zur Heilung von Sterilität.

Die positive Elektrode wird in Form einer großen Salzwasserkompresse auf die Bauchdecken appliziert, die negative in Form einer Kohlensonde ins Cavum uteri eingeführt. Verwendet werden nur schwache Ströme — bis zu 50 Milliampère — etwa fünf Minuten lang; zum Schlusse wird der Strom wiederholt gewendet. Im Anschluß an die wöchentlich ein- bis zweimal vorgenommene Galvanisation werden Uterus und Adnexe noch einer zarten Druckmassage unterworfen. Die Behandlung muß natürlich längere Zeit — mindestens drei Monate — fortgesetzt oder nach jeder Menstruation wiederholt werden. Der Erfolg zeigt sich in vermehrter Menstruation oder Herbeiführung regelmäßiger Menstruation bei Amenorrhoischen, Vergrößerung des Uterus (bisweilen um 1½ cm), Schwinden der dysmenorrhoischen Beschwerden und eventuell Eintritt von Konzeption. (D. m. W. Nr. 14, 1923.)

Pädiatrie.

Die Fissura ani im Kindesalter

hat nach Prof. K. Svehla (Prag) oft nicht die typischen Krankheitszeichen: Verstopfung, große Schmerzhaftigkeit beim Stuhl, Bauchschmerzen, Blutung nach dem Stuhl, blutige Streifen auf der Kotsäule, — sondern äußert sich oft durch ganz entfernte Symptome. So sind Fehldiagnosen von Koxitis und Appendizitis vorgekommen, wo in Wirklichkeit Fissura ani vorlag. Häufig sind allgemeine Abmagerung, Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen (sogar in den Zähnen), besonders aber in der Leber- und Blinddarmgegend; Diarrhoen abwechselnd mit Verstopfung; Stimmungswechsel, schlechte Laune; Krampfanfälle, die zur Diagnose „Epilepsie" verleiten können. — Die Untersuchung des Mastdarmes bei Kindern ist also auch dann wichtig, wenn die krankhaften Symptome scheinbar nicht von ihm ausgehen. Der Schmerz und die Blutung beim Stuhlabsetzen sind nicht immer vorhanden. Ein konstantes und niemals fehlendes objektives Symptom der Analfissur ist aber der intensive Schmerz bei der digitalen Untersuchung des Mastdarmes und bei Zerren an der Mastdarmschleimhaut. — Die Rektoskopie ist bei Kindern schwierig und unverläßlich.

Therapie. Bekanntlich verursacht die Analfissur einen intensiven Schmerz, dieser erzeugt Sphinkterkrampf und der Krampf anämisiert die Wunde (Fissur), so daß sie nicht heilen kann; so wird der Circulus vitiosus geschlossen. Die übliche Behandlung besteht nun in Sphinkterdehnung und Kauterisation; dadurch wird ein neuerlicher Sphinkterkrampf unmöglich gemacht; statt Anämie erzeugt die Kauterisation Hyperämie, und tatsächlich heilt die Fissur. Allein die Methode ist außerordentlich schmerzhaft und hat eine mehrtägige lästige Inkontinenz zur Folge. Verfasser heilt seit vielen Jahren ohne Schmerzen die Analfissur mit Kokain; indem er den Schmerz beseitigt, hebt er auch den Sphinkterkrampf und die Anämie auf und die Fissur kann ohne weiteres heilen. Man gibt dem Kranken als Abführmittel Kalomel, und zwar drei Dosen in einstündigen

Intervallen (bei Kindern 0.01 g pro Jahr und Dosis, aber nicht mehr als 0.03 pro dosi). Stellt sich auch nach drei Dosen kein Stuhl ein, appliziert man ein Klysma; stellt sich aber Stuhl nach einer der verabreichten Dosen ein, so entfallen die folgenden Dosen von Kalomel. Wenn man nach erfolgtem Stuhlgang annehmen kann, daß kein Stuhl mehr kommen wird, führt man in den Mastdarm ein Kokainstuhlzäpfchen ein:

Rp: Cocaini mur. 0.10
Butyr. Cacao qu. suff.
ut fiant suppositor. rectal. Nr. X.

Man gibt in der Regel nachmittags oder abends das erste Zäpfchen. Am Morgen des nächsten Tages wird ein zweites Kokainstuhlzäpfchen ohne Rücksicht auf den Stuhl eingeführt. Am Abend wird die Prozedur des vorhergehenden Tages wiederholt. In der Mehrzahl der Fälle dauert die Behandlung nicht einmal so lange, bis die zehn Kokainstuhlzäpfchen verbraucht sind. (Monatsschr. f. Kinderh., Bd. 24, H. 6, 1923.)

Zur Diagnose der kindlichen Lungentbc.

Von Dozent O. Bossart (Kinderklinik, Essen).

Umschriebene Rasselgeräusche bei einem blassen, appetitlosen, mageren Kinde verleiten häufig zur folgenschweren Fehldiagnose einer Lungentbc. Auch subfebrile Temperaturen, Nachtschweiße (namentlich vor Mitternacht), Schwellungen der Hals- oder Bronchialdrüsen dürfen nicht einseitig beurteilt werden. Eine Spitzentbc. (Apizitis) kommt vor der Pubertät so gut wie niemals vor. Umschriebene chronische infiltrative Lungenherde (nach Hustenstößen nicht schwindende, anhaltende Rasselgeräusche) sind nicht seltene Grippefolgen. Dieses postgrippöse Rasseln hat einen eigentümlichen Charakter: auf der Höhe des Inspiriums hohes Knattern, wie das eines Maschinengewehres; Exspirium meist frei. Wiederholte Röntgenuntersuchung solcher Fälle zeigt schleierartige Schatten, die sich aber von Woche zu Woche aufhellen, so daß die Bronchialbaumzeichnung deutlich zum Vorschein kommt. Auch nach Keuchhusten und Pneumonien im Röntgenbild sichtbare Schatten schwinden nach Tagen oder Wochen. Anderseits kann trotz positiven Bazillenbefundes das Röntgenbild völlig negativ ausfallen. Die Tuberkulinreaktion ist praktisch nur dann entscheidend, wenn Pirquet dreimal hintereinander und dann noch A. T. 1:10.000 intrakutan negatives Resultat ergeben. Positiver Pirquet ist kein Beweis für aktive Tbc. Ein wertvolles Zeichen für Tbc. ist schließlich relativ niedrige Leukozytenzahl (10.000 bis 12.000) bei hohen Temperaturen. (Fortschritte der Med. Nr. 4, 1923.)

Krämpfe im Kindesalter — Behandlung.

Krämpfe im ersten bis dritten Lebensmonat sind nach Dozent Bossert (Essen) meist Folge von Gehirnschädigung bei der Geburt. Ihnen gegenüber ist die Therapie machtlos. Doch kommen selten auch epileptische Krämpfe in diesem Alter vor.

Vom vierten Monat bis zum Ende des zweiten Lebensjahres stellen sich am häufigsten die „spasmophilen Krämpfe" ein, sehr selten bei Brustkindern, meist bei künstlich genährten. Ihr Kennzeichen ist die Übererregbarkeit des Zentralnervensystems, welche wir durch die erhöhte elektrische und mechanische Erregbarkeit der peripheren motorischen Nerven und durch das sogenannte Trousseausche Phänomen nachweisen. Die erstere erkennt man am Zusammenzucken der Gesichtsmuskulatur beim Beklopfen des Nervus facialis in der Wangengegend unterhalb des Jochbeins, bzw. am Auftreten der Kathodenöffnungszuckung unter 5 Milli-

ampère bei Reizung des Nervus medianus oberhalb der Ellenbogenbeuge; die letztere ist charakterisiert durch die Geburtshelferstellung der Hände, die auftritt beim Druck auf den Plexus brachialis oder bei Umschnürung des Oberarmes. An Stelle des Fazialisphänomens, das z. B. beim Weinen des Kindes nicht zu erkennen ist, wird von vielen als Zeichen der Übererregbarkeit das Peroneusphänomen gewählt: der äußere Fußrand hebt sich beim Beklopfen des Nervus peroneus an seiner Umschlagstelle am Fibulaköpfchen („Ars Medici" 1921, S. 70). Die spasmophilen Krämpfe treten im Sommer fast nie auf, im Frühjahr und Spätherbst gehäuft. Man leite die Behandlung rein empirisch mit ein bis zwei Eßlöffeln Rizinusöl ein. Alle äußeren Reize werden von dem Kinde ferngehalten und zur Beruhigung Chloralhydrat als Klisma gegeben; für einen vier bis sechs Monate alten Säugling 25 cm³ von:

Rp: Chlorali hydrati 2.0
Mucilago gumm. arab. 40.0
Aquae ad 100.0.
M. D. S. 25 cm³ zum Klisma.

Falls nicht bald Schlaf eintritt, kann diese Dosis nach einer Stunde wiederholt werden. — Eine ausgezeichnet beruhigende Wirkung übt auch Magnesiumsulfat aus:

Rp: Magnes, sulfur. cryst. puri 8.0
Aqu. recenter dest. et sterilis. ad 100.0.
D. S. Zur subkutanen oder intramuskulären Injektion.

Davon injiziert man 2.5 cm³ pro Kilogramm Körpergewicht und kann die Injektion unbedenklich mehrere Tage hintereinander einmal täglich wiederholen. Wegen der Scheu des Publikums vor Injektionen kann man statt dessen Kalk intern versuchen:

Rp: Solut. Calcii chlorat. cryst. puriss. 60.0
(oder Calcii chlorati sicci 30.0)
Liquor ammon. anisat. 3.0
Gummi arabic.
Syrup. simpl. ana ad 300.0.
M. D. S. Anfangs stündlich, später drei- bis vierstündlich 10 cm³ in Wasser zu nehmen.

Doch haftet dieser Medikation trotz aller Korrigentien der Nachteil des schlechten Geschmackes an. — Wo irgend möglich, soll man neben dieser medikamentösen Behandlung (besonders bei Kindern bis zu einem halben Jahre) zur Frauenmilchernährung greifen. Es ist heute wohl als sicher angesehen, daß in der Tiermilchmolke vorhandene Salze krämpfeerzeugend wirken. Man schalte daher wenigstens für die ersten Tage der Krankheit die Tiermilch ganz aus, doch ist das bei jungen Kindern ohne Schaden nur für wenige Tage möglich. Bei Kindern über einem halben Jahre haben wir den Vorteil der gemischten Kost, die aus dicken Zwieback-, Reis- und Griesbreien, Fleischbrühen mit entsprechenden Einlagen, Quark, Obst usw. bestehen kann. Sehr wohltätig wirkt gleichzeitige Phosphor-Lebertranbehandlung. Von der bekannten Formel:

Rp: Phosphori 0.01
Ol. jecor. asell. ad 100.0

gibt man zwei- bis dreimal täglich einen Teelöffel, kann viele Monate damit fortfahren und die Kinder so über die kritische „Krämpfezeit" hinwegbringen. Selbstverständlich ist daneben häufiger Aufenthalt in frischer Luft und Licht und Sonne in der Wohnstube anzustreben.

Echte epileptische Krämpfe treten zweifellos nicht selten schon in frühester Jugend auf; ihre Diagnose ist jedoch mangels Beurteilungsfähigkeit der Psyche oft schwierig. Sie kommen in Form der großen Anfälle oder der „Absencen" vor. Die Behandlung beginnt man mit großen Bromdosen, je nach dem Alter des Kindes 3 bis 6 g pro die:

Rp: Natrii bromati
Kalii bromati ana 20.0
Ammonii bromati 10.0
Aqu. dest. ad 300.0.
M. D. S. Dreimal täglich einen Kaffee- bis Eßlöffel nach den Mahlzeiten.

Langsam gehe man mit den Bromdosen zurück und versuche die eben noch ausreichende Dosis zur Kupierung der Anfälle aufzufinden. Eine salzarme, aber nicht etwa salzfreie Kost unterstützt die Behandlung. Durch Zusatz von Sedobrol (ein bis zwei Tabletten) zu Suppen u. dgl. gestaltet sich die salzarme Kost einfacher. In schweren Fällen kombiniert man das Brom mit Luminal (je nach dem Alter 0.05 bis 0.1 g täglich; zwei Tage in der Woche Luminalpause). Manche empfehlen die Brom-Opiumkur: täglich 0.03 g Opium, in jeder Woche steigend um 0.03 bis auf 0.3 g; dann plötzliches Fortlassen des Opiums und Verabreichung von täglich 5 g Brom durch einige Wochen. — Bei stark erhöhtem Lumbaldruck kommen Lumbalpunktionen in Betracht.

Dieselbe Behandlung erheischen die ebenfalls zu den epileptischen Krämpfen gehörenden „Salaamkrämpfe": die Kinder zeigen bei diesen ruckartige Bewegungen des Oberkörpers und machen, wenn sie in ihren Bettchen sitzen, grußartige Verbeugungen. Aus dieser Form entwickelt sich meist ein Status epilepticus.

Eine Sonderstellung nehmen die gehäuften kleinen Anfälle ein, die als „Pyknolepsie" („Ars Medici" 1921, S. 119) bezeichnet werden. Die Kinder verlieren mitten im Spiel für einige Sekunden bis Minuten das Bewußtsein und stieren vor sich hin; dann spielen sie ruhig weiter. Diese Anfälle treten bis zu 30mal und noch mehr täglich auf. Die Intelligenz ist dabei nicht gestört. Brom hat bei dieser Form keinen Erfolg. Die Prognose ist meist günstig. In jüngster Zeit wird Koffein bei Pyknolepsie als wirksam empfohlen; von einer Lösung: Coffeini natrio-benzoici 2.5:100.0 gibt man viermal täglich einen Teelöffel.

Schließlich seien die respiratorischen Affektkrämpfe (sogenanntes „Wegbleiben der Kinder" — Ref.) erwähnt, die meist gegen Ende des ersten Lebensjahres oder im Spielalter auftreten. Sie stellen sich bei leicht reizbaren Kindern ein, wenn ihre Wünsche unerfüllt bleiben. Die Kinder werden wütend, strampeln und schlagen mit Händen und Füßen, halten den Atem an, verfärben sich blaurot und zeigen in hochgradigen Formen auch Bewußtseinsstörungen und Allgemeinkrämpfe. Ein Überguß mit kaltem Wasser, ein paar Schläge auf den Rücken und, was vielleicht das Wichtigste ist — eiserne Konsequenz in der Nichterfüllung eigensinniger Wünsche sind zweckmäßige Maßnahmen gegenüber diesen prognostisch günstigen, den Unerfahrenen oft erschreckenden Anfällen. (Klin. Wschr. Nr. 16, 1923.)

Die plötzlichen Todesfälle im Kindesalter

sind durch die Forschungen der letzten Zeit zum Teil aufgeklärt worden. Ein Teil beruht auf jähem Zusammenbruch des dekompensierten Säuglings, andere auf Herzstillstand bei spasmophilen Kindern oder auf Erstickung bei angeborener Thymushypertrophie. Bei diesen Formen ließe sich durch

gute Diagnosestellung der üble Ausgang voraussehen oder sogar verhüten. Nicht so bei Status thymico-lymphaticus; höchstens bei familiärem Vorkommen dieses fatalen Zustandes läßt sich eventuell die Gefahr ahnen. Bernheim-Karrer (Zürich) beobachtete noch drei plötzliche Todesfälle bei Ekzem und konnte durch Obduktion und mikroskopische Untersuchung nachweisen, daß die Ursache schwere myokarditische Veränderungen am Herzen waren; die Myokarditis entsteht durch Eindringen von Kokken in den Kreislauf. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 35, H. 2, 1923.)

Schicksal der Kinder mit Pylorospasmus.

Redlin hat das weitere Schicksal der Kinder verfolgt, die in der Greifswalder Kinderklinik wegen Pylorospasmus behandelt worden waren. Die Sterblichkeit an Pylorospasmuserkrankungen betrug 15%. 52% der pylorospasmuskranken Kinder waren nervös hereditär belastet, 35% waren Erstgeborene, 89% waren Knaben. Die meisten Kinder waren bei der späteren Nachuntersuchung lang aufgeschossene, magere, frühreife Individuen, bei 73% von ihnen wurden Symptome von Nervosität beobachtet. Die Prognose der Kinder, die den Pylorospasmus überwunden haben, ist günstig. Eine Prädisposition für anderweitige Erkrankungen wurde nicht beobachtet; jedoch ist die Neigung zu Nervosität ausgesprochen, und man kann daher wohl den Pylorospasmus als Teilerscheinung einer spastisch-neuropathischen Diathese ansehen. (D. m. W. Nr. 13, 1923.)

Der Rektumprolaps bei Kleinkindern

läßt sich nach P. Widowitz (Kinderklinik Prof. Hamburger, Graz) durch konsequent und möglichst ununterbrochen durchgeführte Bauchlage in zwei bis drei Wochen dauernd beseitigen. (M. m. W. Nr. 13, 1923.)

Strophulus infantum — Behandlung.

Gegen Strophulus infantum empfiehlt Hallez in Paris Waschungen mit verdünntem Essig (1:3 Wasser), nachher Einstauben mit

Rp: Lycopodii,
Zinci oxydati,
Bismuthi subnitrici aa 10.00
M. f. Pulvis.

Bei besonders hartnäckigen Fällen Anwendung folgender Salbe:

Rp: Zinci oxydati	10.0
Lanolini	15.00
Vaselini	20.00
Mentholi	0.25

M. f. Unguent.

(Journal de médecine de Paris, 28. April 1923.)

Urotropin bei Säuglingsintertrigo und Erythema glutaeale

empfiehlt H. Simchen aus der Kinderklinik Prof. Hamburger, Graz. Die Tagesdosis von 0.5 bis 1.0 Urotropin per os wird gut vertragen. Heilung in acht bis zehn Tagen ohne jede Lokaltherapie. 14 Fälle. (W. kl. W. Nr. 16, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe

führt Giorgjevic (Staatl. Ambulanz f. Geschlechtskr., Belgrad) folgendermaßen durch: Bei allen frischen Fällen injiziert er selbst am ersten

Behandlungstage nach Urinieren mit der Tripperspritze 5%iges Protargol. Die Protargollösung muß ohne jeden Zusatz von Alkohol oder Glyzerin durch langsames Lösen in kaltem Wasser bereitet werden, sonst reizt die Lösung zu stark. Mit der 5%igen Protargollösung wird die vordere Harnröhre ganz angefüllt, so daß sie gespannt erscheint. Der Kranke drückt mit zwei Fingern an der Glans die Harnröhre zu und hält die Lösung fünf Minuten darin. Die Prozedur ist schmerzhaft, mehr wegen der Spannung als wegen des chemischen Reizes; ja es kommen sogar Ohnmachtsfälle vor. Jedenfalls stellt sich nach dem Herauslassen der Lösung heftiges Brennen ein, welches aber schwindet, wenn man das Glied für einige Augenblicke in kaltes Wasser taucht. Natürlich wird dem Kranken Ruhe und Vermeidung sexueller Erregung aufgetragen. Schon einige Stunden nach der Einspritzung verschwindet jedes Schmerzgefühl. Nach 24 Stunden ist keine Sekretion vorhanden und der Urin klar. Ist das nicht der Fall, so wird am zweiten Tage dieselbe Einspritzung mit 10% Protargol wiederholt; die zweite Injektion verursacht fast gar keine Schmerzen. Am dritten Tage wird ein- bis zweimal eine Spülung der vorderen Harnröhre mit einer dünnen Kalium-permanganicum-Lösung mittels Janet-Spritze oder Irrigator vorgenommen. In den nächsten vier Tagen wird nacheinander ½- bis 1- bis 1½- bis 2%iges Argentum nitricum mit Guyon-Katheter in die Harnröhre eingespritzt, was mehr als Prophylaktikum denn als Therapeutikum anzusehen ist. Bei großer Empfindlichkeit der Harnröhre kann man zuweilen diese Argentum-nitricum-Injektionen nur jeden zweiten Tage vornehmen. Während der ersten drei Tage der Abortivkur sind täglich 2.0 g Arthigon intramuskulär zu empfehlen. Die ganze Kur dauert also sechs bis sieben Tage.

Wenn der Patient am zweiten Tage nicht zur Behandlung erschien, war dann zuweilen Verschlimmerung des Prozesses durch die erste Protargoleinspritzung nachzuweisen. — Zeigt sich am zweiten oder dritten Behandlungstage vermehrte, eitrige Sekretion, so ist die Abortivkur mißlungen. Die beste Fortsetzung sind dann die gewöhnlichen schwachen Protargollösungen (½- bis 1%) drei- bis viermal täglich, abwechselnd mit Argonin (1.0 bis 2.0 : 200.0) und Argentum nitricum (0.1 : 300.0).

Bei der Abortivbehandlung mit Protargol scheint es sich nicht nur um eine chemische Abtötung der Gonokokken zu handeln, sondern um eine Erhöhung der Abwehrkräfte des Organismus. (Derm. Wschr. Nr. 16/17, 1923.)

Psoriasis — Salizyl venös + Chrysarobin.

Dieses Verfahren („Ars Medici" 1922, S. 454) hat Prof. Hübner weiter erprobt und auch bei schweren veralteten Fällen prompt wirksam befunden. Die Methode sei hier kurz wiederholt: jeden zweiten bis dritten Tag eine venöse Injektion von 20%iger steriler Natrium-salicylicum-Lösung, erst 10, dann 15, dann immer 20 cm³ bis zur Gesamtdosis von 100 bis 140 cm³; daneben lokal ¼ bis ½%ige Chrysarobinzinkpaste; das Salizyl sensibilisiert die Psoriasisherde so, daß schon diese schwache Chrysarobindosis Heilung in wenigen Wochen bewirkt.

Jetzt geht Verfasser so vor, daß er sofort nach Abschuppung der Herde mit Salizylvaselin gleichzeitig Salizyl venös und lokal die ¼ bis ½%ige Chrysarobinzinkpaste anwendet. In manchen Fällen wurde wegen Schmerzen im Arm die Salizylkonzentration auf 10% herabgesetzt,

aber dafür natürlich die doppelte Menge injiziert. Das Verfahren ist jetzt besonders dadurch erleichtert, daß fertige haltbare Ampullen mit 20% steriler Natrium-salicylicum-Lösung unter dem Namen „Psoriasal" (Chem.-pharmazeut. Fabrik Dr. Albert Bernard, Berlin C 19) in den Handel kommen. (D. m. W. Nr. 11, 1923.)

Über Radiumbestrahlungen in der Dermatologie.

Es ist für die Praxis wichtig zu wissen, schreibt Prof. W. Kerl (Wien), daß Gefäßmuttermäler, hypertrophische Narben, Keloide und Induratio penis plastica am sichersten und schmerzlos durch Radium beseitigt werden. Namentlich der tumorartig vorgewölbte Naevus flammeus zeigt schon nach wenigen Bestrahlungen zunächst einen zarten, milchigweißen Schimmer, der über den noch lividroten Knoten hinzieht, dann deutliches Abblassen und Flacherwerden, schließlich völliges Schwinden unter Zurücklassen einer atrophischen, etwas helleren Hautstelle. Es soll am besten so dosiert werden, daß sichtbare Reaktionen (Rötung, Nässen usw.) überhaupt nicht auftreten. Alle zwei bis drei Wochen wird ein Radiumträger aufgelegt und als erste Dosis 10 bis 20 mg Stunden pro Quadratzentimeter verabfolgt. Knoten werden womöglich unter Kreuzfeuer genommen. Die Haut wird dadurch geschützt, daß die α-Strahlen schon durch die Metallfassung des Trägers, die weichen β-Strahlen durch ½ bis 1 mm dicke Messingfilter ausgeschaltet werden. Da die Radiumwirkung an den Rändern des Trägers eine schwächere ist, muß der Träger bei jeder Sitzung um eine halbe Breite verschoben werden. Man erzielt dadurch eine gleichmäßige Rückbildung und verhindert das Entstehen kosmetisch störender netzförmiger Zeichnungen, von blaßen, rotumsäumten Quadraten in der Haut. Man kann auch den Patienten anweisen, die veränderte Hautpartie beständig in gleichmäßigen Zügen mit dem Träger selbst zu bestreichen. Pigmentierung und feinste Teleangiektasien entstehen nur selten, oft erst Monate nach der Bestrahlung.

Auch bei kleineren Epitheliomen, Lupus vulgaris und erythematosus, Tbc. verrucosa cutis, Xanthomen, Leukoplakien u. a. kann Radium das erfolgversprechendste Heilmittel abgeben. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Spitze Kondylome — Röntgen.

Die übliche Ätzung oder Abtragung der spitzen Kondylome befriedigt oft weder Arzt noch Patienten. Schlechte kosmetische Erfolge, Rezidive, schließlich Notwendigkeit zu geradezu verstümmelnden Eingriffen sind nicht selten. Viel prompter und sicherer wirkt nach Schoenhof (Dermatol. Univ.-Klinik, Prag) die Röntgentherapie. Er bestrahlte mit einem Induktorium der Firma Reiniger, Gebbert & Schall (alte Type) und Sideröhren und 3 bis 4 mm Aluminiumfilter und verabfolgte 16 bis 18 H meist in dosi refracta und wiederholte diese Bestrahlungsserie in sechs- bis achtwöchentlichen Intervallen bis zur völligen Heilung, wozu meist zwei bis drei Serien notwendig waren. Man muß bis hart an die Erythemdosis gehen; bei zu geringer Bestrahlung sah Verfasser einmal stärkere Wucherung der Kondylome. Außer vorübergehendem Haarausfall hat die Behandlung keinerlei nachteilige Folgen. Der Erfolg ist ideal, nicht nur bei den oft massigen, tumorartigen Kondylomen (z. B. gravider Frauen), sondern auch bei den kleineren, einzeln stehenden Formen; es werden nicht nur die oberflächlichen Wucherungen beseitigt, sondern auch die der Harnröhre und Vagina. Kein einziges Rezidiv trat auf. Wenn also die Röntgentherapie der Kondylome auch etwas länger dauert, so ist sie doch

wegen ihrer Schmerzlosigkeit, Harmlosigkeit und Sicherheit heute die Methode der Wahl. (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 142, H. 3, 1923.)

Spondylitis luetica

ist gar nicht so selten. Jessner (Hautklinik, Breslau) sah innerhalb eines Jahres drei Fälle. Bei spondylitischen Beschwerden denke man daher besonders heute auch an Lues und stelle die WaR an. Wiederholt waren solche Fälle ohne WaR lange Zeit von chirurgischen Kliniken als tuberkulöse Spondylitis mit Gipskorsett, Höhensonne und Operation behandelt worden. Nach Klärung der Diagnose brachte die spezifische Therapie verblüffende Erfolge. Die Erkennung der luetischen Spondylitis kann nur durch Wassermann, Röntgen und ex juvantibus erfolgen. (Klin. Wschr. Nr. 14, 1923.)

Trockene Gesichtshaut — Behandlung.

Bei trockener Gesichtshaut soll man nach Gougerot morgens das Gesicht mit einer 4‰-Lösung von doppelkohlensaurem Natron in destilliertem Wasser waschen und sodann dreimal täglich mit folgender Lösung bestreichen:

Rp:	Natrii boracici		10.00
	Glycerini puri		50.00
	Aquae rosarum	ad	1000.00.

Nahher Einpuderung. (Journal de médecine de Paris, 28. April 1923.)

Urologie.

Die suprapubische Prostatektomie

ist durch die Fortschritte der Technik eine ziemlich gefahrlose Operation geworden. Oppenheimer (Frankfurt a. M.) hatte unter 80 Operationen nur einen Todesfall an Pneumonie. Unter diesen Umständen kann man heute die Indikation zur Vornahme der Operation etwas weiter stellen als bisher. Im ersten Stadium („Reizstadium"), wo der Kranke nur vermehrten Harndrang und erschwertes Harnlassen ohne Restharn aufweist, wird man selten operieren. Immerhin gibt es nervöse Kranke, die durch das Aufstehen bei Nacht nicht wieder einschlafen können, und wenn sie sich tagsüber nicht schonen können, schnell herunterkommen und sehr leiden. Nur solche Kranke wird man auf eigenes Verlangen im ersten Stadium operieren. Das zweite Stadium (chronischer Restharn) stellt an sich schon eine Indikation zur Operation dar, besonders wenn die Harninfektion schon begonnen hat und starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (gastrische Symptome) oder Nierensymptome (Polyurie, Durstgefühl) auftreten. Ferner ist die Operation angezeigt bei erschwertem, schmerzhaftem Katheterismus, an den sich zeitweilig Schüttelfröste und Nebenhodenschwellung anschließen. Gegenindikationen bleiben schwere Erkrankung des Herzens und der Gefäße, hochgradiges Emphysem und chronische Bronchitis, dauernde, nicht besserungsfähige Funktionsuntüchtigkeit der Nieren, starke Neigung zu thrombophlebitischen Prozessen und mittelschwerer und schwerer Diabetes. Dagegen bilden Arteriosklerose mäßigen Grades und Hypertonie keine absolute Kontraindikation. (Klin. Wschr. Nr. 11, 1923.)

Fortschritte in der Therapie der Pyelitis.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Prof. V. Blum (Wien).

Urotropin und seine Ersatzpräparate wirken nur im sauer reagierenden Harn desinfizierend durch Abspaltung von Formaldehyd. Der bakterizide Effekt ist um so stärker, je konzentrierter das Formaldehyd im Harn, also je konzentrierter der Harn erscheint, je länger der formolhaltige Harn auf die entzündeten Schleimhäute einwirkt. Die Kombination mit Salol verhindert, daß ein Teil des Mittels im Magensaft zugrunde geht: Rp: Urotropin 10.0, Salol 5.0, Div. in dos. Nr. XXX (fertig als „Salitramin"-Tabletten erhältlich).

Anderseits gedeihen die weitaus häufigsten Erreger aller Harninfektionen, die Kolibakterien, am besten im sauren Harn. Es ist daher notwendig, zunächst den Harn durch reichliche Gaben von Natr. bicarbon., Magn. bicarbon., Natr. citr., vegetabilische Kost, Mineralwässer, Fruchtsäfte u. dgl. zu alkalisieren. Als antiseptischen Blasentee (wirkt durch Abspaltung von Hydrochinon) verordne man eine Mischung von Folia uvae ursi, Herba Equiseti und Fol. Menthae piperitae. Bei Strepto- und Staphylokokkeninfektionen sind die Balsamika Kopaiva, Santal, Kubeben besonders zu empfehlen. In diesem Stadium Urotropin zu geben ist ebenso widersinnig, wie gleichzeitig mit Urotropin Trinkkuren zu verordnen. Selbstverständlich sind Trinkkuren bei Harnstauung, Nieren- oder Herzinsuffizienz kontraindiziert.

In hartnäckigen Fällen ist Neosalvarsan in kleinen Dosen (0.15 venös), oft schon nach ein bis zwei Injektionen von überraschendem Erfolge. Bei Pyelitis der Kinder und Schwangeren ist ein Versuch mit Autovakzine (bereitet aus den eigenen Kolistämmen des Harnes) aussichtsvoll.

Im einzelnen gestaltet sich die Therapie wie folgt:

I. Zystopyelitis der Kinder und Säuglinge (schwere Fieberanfälle mit Darmstörung, Prostration, auffallende Anämie, Harndrang, Nierenschmerz, Pyurie, Kolibazillurie). Alkalisierende Therapie mit Vegetabilien, Fruchtsäften, Limonade, Natr. bicarb.; als Antipyretika Natr. salicyl. und Salol in kleinen Dosen; Laxantien. Nach Entfieberung Urotropin dreimal 0.2; Autovakzine zur Verhütung der häufigen Rückfälle. Bei schmerzhafter Zystitis Blasenspülungen mit 1/10%iger Lapislösung.

II. Schwangerschaftspyelitis (meist nach dem fünften Graviditätsmonat auftretend, überwiegend rechtsseitig. Fieber, Schüttelfröste, Darmstörungen, Obstipation, Anämie, oft Hyperemesis, Harndrang, Dysurie, Pyurie, Kolibazillurie). Alkalisierung des Harnes, Salol, Klismen und Laxantien, Blasentee durch eine Woche, dann Aussetzen der Alkalien, Urotropin und Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr. In hartnäckigen Fällen Versuch mit Neosalvarsan 0.15 zweimal. Intern Calc. lact., Autovakzine, Lagerung auf die gesunde Seite, um den Ureter vom Druck des schwangeren Uterus zu entlasten; bei erweitertem Nierenbecken (Ureterenkatheterismus) Spülungen desselben mit 1 p. M. Lapis, eventuell Dauerkatheter. Wegen Infektionsgefahr keine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung. Im Wochenbett Nierenbeckenspülungen.

III. Postgonorrhoische Pyelitis (äußerst heftige Schmerzen in einer oder beiden Nieren, Nierenschwellung, hohes Fieber, Schüttelfröste, Darmstörungen, Erbrechen). Bettruhe, Neosalvarsan 0.15, 0.15, 0.3 in dreitägigen Pausen, Balsamika, Gonosan, Diuretika, Diaphoretika. In chronischen Fällen Nierenbeckenspülungen.

IV. Pyelonephritis nach Katheterismus, Bauchoperationen u. dgl. Bei Kolikbazillurie Therapie wie sub II. Bei Staphylo-Streptokokkeninfektion Antiseptika, Urotropin, Salol, Neosalvarsan, später alkalisierende Therapie und Diuretika, Diaphoretika. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Augenheilkunde.

Die Milchinjektionen bei Gonoblenorrhoe der Augen

rühmt Pillat (II. Univ.-Augenklinik, Wien) neuerlich. Die Milch bewährt sich besser als alle anderen Eiweißpräparate. Sie wird unmittelbar vor der Injektion kurz (drei bis vier Minuten) aufgekocht und dann intraglutäal injiziert. Dosis: Säuglinge und Kinder bis zu 2 Jahren: 2 cm³; Kinder von 3 bis 15 Jahren: 3 bis 8 cm; Erwachsene: 10 cm³. Wenn auch die Milchinjektionen allein imstande sind, die Gonoblenorrhoe zu heilen, so ist doch Kombination mit Lapistherapie anzuraten. An den ersten beiden Tagen gibt man je eine Milchinjektion; das ist nach reicher Erfahrung gerade die richtige Menge, da nach einer Injektion allein eher eine Vermehrung der Bakterien und Reizerscheinungen auftreten. Man läßt während der ersten beiden Tage vom Pflegepersonal je nach Stärke alle fünf bis zehn Minuten mit angewärmter Kochsalzlösung spülen. Am dritten Tage macht man ein Epithelpräparat von verschiedenen Stellen des Lides und des Bulbus. Sind die Keime bereits ganz verschwunden, so ist jede weitere Injektion überflüssig. Finden sich noch Keime, so macht man am vierten und fünften Tage je eine weitere Milchinjektion, worauf die Gonokokken, wenn sie nicht ganz schwinden, beträchtlich abnehmen. Jetzt ist der Zeitpunkt für die Lapistherapie gekommen. Frühere Lapisbehandlung ist schädlich; sie verhindert die normale Abschilferung des Epithels und der Keime. Schon das Lehrbuch von Fuchs schreibt vor, mit der Lapisbehandlung erst zu beginnen, wenn „die pralle Schwellung der Bindehaut einer weichen, sukkulenten Beschaffenheit derselben Platz gemacht hat und keine membranöse Auflagerung, keine graue Infiltration der Bindehaut mehr besteht". Man wartete daher früher untätig einige Tage, bis dieser Zustand eingetreten war. Jetzt füllen wir diese ersten Tage der Erkrankung mit den Milchinjektionen aus. — Sind durch die beschriebene kombinierte Milch-Lapistherapie die Keime zum Verschwinden gebracht, so hat weitere Lapisbehandlung keinen Sinn. Es genügt dann Protargol oder — noch besser — die adstringierende Wirkung des Alaunstiftes, um den unspezifischen Katarrh zur Heilung zu bringen. Mehr als vier bis fünf Milchinjektionen haben erfahrungsgemäß keine Wirkung mehr. — Nach den günstigen Erfahrungen, die allerorten mit den Milchinjektionen bei Gonoblenorrhoe gemacht wurden, ist deren Unterlassung fast als Kunstfehler zu bezeichnen. (Klin. Monatsbl. f. Augenh., Bd. 70, H. 3, 1923.)

Rhino- und Stomatologie.

Zur Therapie des Nasenblutens.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Prof. M. Hajek (Wien).

Bleiben vordere und hintere Tamponade erfolglos, so darf mit der Unterbindung der Carotis externa oberhalb der A. lingualis nicht zulange gezögert werden (ebenso bei anderen unstillbaren Blutungen der oberen Luftwege, z. B. nach Tonsillektomie).

Habituelle Blutungen kommen gewöhnlich aus dem vorderen Teil des knorpeligen Septums. Sie werden zunächst durch Aufdrücken eines Tampons gestillt. Im Intervall wird diese Pars anterior septi mit Chromsäure verätzt. Nach Einwirken von 20%iger Kokain-Adrenalinlösung wird die blutende Stelle mit einem an eine Sondenspitze angeschmolzenen frischen Chromsäurekriställchen betupft. Die Chromsäureperle muß nach dem Einschmelzen eine siegellackrote Farbe haben. Nach der Verätzung wird die überschüssige Chromsäure mit Sodalösung (Tampon) neutralisiert. Zur Verhütung von Nachblutungen durch Schorfbildung wird Patient angewiesen, sich wochenlang die Nase dadurch einzufetten, daß er mehrmals täglich mit Paraffinum liquidum getränkte Tampons zart in die Nase schiebt.

Die Regel, bei der hinteren Tamponade den Tampon nach spätestens 24 Stunden zu entfernen, ist falsch. Der Tampon kann und soll drei bis vier Tage liegen bleiben, ausnahmsweise sogar acht Tage. Gefährdung des Mittelohres durch Niesen und Würgen wird durch Morphium verhindert. Beide Tampons müssen sehr zart (H_2O_2) und dürfen niemals auf einmal entfernt werden. Hernach Verätzung der blutenden Stellen.

Bei Hämophilie 20 cm^3 Gelatine oder Pferdeserum subkutan, Afenil venös. (W. m. W. Nr. 12/13, 1923.)

Tonsillotomie und Adenotomie durch den Praktiker.

Nach Prof. G. Finder (Berlin).

Die partielle Entfernung der Gaumenmandel mittels Tonsillotomie ist angezeigt, wenn hyperplastische Tonsillen durch ihre Größe rein mechanisch Störungen beim Schlucken, Atmen und Sprechen verursachen. Diese Indikation findet sich besonders häufig bei Kindern, bei denen auch gleichzeitig eine Vergrößerung der Rachenmandel (adenoide Vegetationen) vorhanden ist. Man entfernt zweckmäßig in einer Sitzung auch diese, und zwar unter leichter Chloräthylnarkose; 1 bis 2 g Chloräthyl auf die gewöhnliche Narkosemaske genügen. Das Kind wird von einem Gehilfen auf dem Schoß gehalten. Beleuchtung des Operationsfeldes mittels Reflektors ist für den Operateur günstiger als direktes Licht. Man beginnt mit der Tonsillotomie mittels eines der gebräuchlichen guillotineartigen Instrumente. Die linke Hand des Operateurs drückt mit einem Spatel die Zunge hinunter und die rechte faßt mit dem Tonsillotom die vorspringende Mandel in schräger, fast horizontaler Ebene und schneidet sie ab. Dann wird die zweite Mandel ebenfalls mit der rechten Hand kupiert. Wichtig ist, daß man sich drei Größen des Tonsillotoms vorrätig hält und jenes Instrument wählt, bei dem die Tonsille gerade noch mit einiger Anstrengung in den Ring hineingepreßt werden kann. Die nach der Tonsillotomie auftretende Blutung ist anfangs ziemlich stark, pflegt aber bald nachzulassen. Man wischt mit einem bereit gehaltenen Stieltupfer Blut und Schleim weg und schließt sofort die Adenotomie an. Zu ihr benützt man meist das Ringmesser nach Beckmann oder das nach Katz. Die linke Hand drückt mit einem kräftigen Zungenspatel die Zunge fest hinunter (die Anlegung eines Mundsperrers ist im allgemeinen entbehrlich). Die rechte, faustförmig geballte Hand hält das Instrument so, daß das Ende des Handgriffes in der Hohlhand liegt, der Daumen an der Seitenfläche des Griffes und der Zeigefinger auf der Vorderseite des Schaftes ruht. Man führt das Instrument mit seitlich gerichtetem Ringmesser in die Mundrachenhöhle des Kindes ein, dreht das Messer, sobald man den Isthmus faucium überschritten hat und hinter das Velum gelangt ist, so daß es aufrecht, seine obere, schneidende Seite also genau horizontal und in der

Mitte steht, und führt es nun erst an der Hinterfläche des Velums, welches man dabei wie mit einem Haken nach vorn zieht, dann längs des hinteren Randes des Septums möglichst weit nach oben bis zu dem Winkel zwischen Choane und Rachendach. Die genaue Ausführung dieser Bewegung ist wichtig, damit man die ganze Masse der Adenoiden in dem Ring faßt und nicht einen Teil stehen läßt; während dieser Bewegung ist der Griff des Instrumentes gesenkt. Es folgt nun die Durchschneidung der Wucherungen an ihrer Basis; das Messer macht zu diesem Zweck erst eine Bewegung von vorn nach hinten am Dach, dann von oben nach unten an der Hinterwand des Nasenrachens, wobei der Griff bis fast an die oberen Schneidezähne gehoben wird. Man entfernt so erst die in der Mitte gelegene Hauptmasse der Wucherungen, geht dann, ohne das Instrument herauszunehmen, wieder hinter dem Velum in die Höhe und trägt — immer bei horizontaler Messerhaltung — rechts und links stehengebliebene Reste ab. Um auch kleine, in dem Winkel zwischen hinterer Rachenwand und Rachendach sowie seitlich an den Tubenwülsten und in den Rosenmüllerschen Gruben zurückgebliebene Reste zu entfernen, empfiehlt es sich, zuletzt mit dem kleinen, seitlich schneidenden Hartmannschen Ringmesser einzugehen, das in horizontaler Richtung von einer Seite zur anderen ein paarmal hin- und hergeführt wird. Der ganze Eingriff, der hier in seine Phasen zerlegt ist, bedarf zu seiner Ausführung nur des Bruchteils einer Minute.

Das inzwischen aus der Narkose erwachte Kind wird mit dem Kopfe nach vorn gebeugt, damit das Blut aus dem Munde fließe. Die Blutung ist heftig, steht aber bald. Vernünftige Kinder läßt man abwechselnd ein paarmal durch jedes Nasenloch schnauben, um die Blutgerinnsel auszublasen. Hört das Kind nicht auf, zu würgen und Blut zu spucken, so ist meist ein Stück der Rachenmandel an einer Schleimhautbrücke hängen geblieben. Solche herunterhängenden Reste können auch Nachblutungen verursachen; man revidiere daher nach der Operation bei guter Beleuchtung Hals und Rachen.

Eine Nachbehandlung nach Operation der Gaumen- und Rachenmandel ist nicht nötig. Am ersten Tage verordne man Bettruhe und flüssige, kühle Nahrung (kalte Milch, kalte Suppen, Apfelmus, Speiseeis), für die folgenden drei Tage Zimmeraufenthalt und lauwarme breiige Kost. Weit entfernt wohnende Kinder lasse man einen Tag in der Klinik oder in der Nähe des Arztes. Allerdings können in seltenen Fällen auch Spätblutungen oder Infektionen nach einigen Tagen auftreten; man forsche daher vor der Operation nach etwaiger Neigung zu Blutungen und unterlasse den Eingriff auch bei leichtem Fieber.

Wo möglich, soll man mit dieser Tonsillotomie auskommen; es ist trotz aller Empfehlungen der radikalen Mandelentfernung noch nicht sichergestellt, ob die Radikalmethode nicht zu schädlichen Ausfallserscheinungen führt. Die radikale Tonsillektomie empfiehlt sich nur, um von den Mandeln ausgehende Infektionen zu bekämpfen oder zu verhüten. Bei Erwachsenen wird die Tonsille mit Messer und Pinzette ausgeschält, bei Kindern mittels des Sluderschen Instrumentes (das ebenso wie das Tonsillotom guillotineartig gebaut ist) entfernt. Diese beiden Eingriffe werden hier nicht geschildert, weil sie besser dem Facharzte vorbehalten bleiben. (D. m. W. Nr. 15, 1923.)

Die Erfolge der Wurzelspitzenresektion.

Rosenstein (Breslau) konnte in sechs Fällen noch nach zehn Jahren und länger nach Wurzelspitzenresektion knöcherne Heilung rönt-

genologisch konstatieren. Mißerfolge sind bedingt durch: 1. Mängel in der Technik; 2. zu weite Indikationsstellung (fast völlige Einschmelzung der knöchernen Alveole, Alveolarpyorrhoe mit Lockerung des Zahnes usw. schließen einen Erfolg aus); 3. mangelhafte Wurzelfüllung. Die Wurzelfüllung soll vor der Operation erfolgen. Die Wunde ist durch Naht zu schließen. Die Frage des Wund-Wurzelabschlusses ist noch nicht endgültig gelöst. Eine prinzipielle Versorgung des Wurzelendes mit Amalgam oder einem anderen Füllmaterial erscheint nicht notwendig, da exakte Wurzelfüllung mit Guttaperchaspitzen Dauerresultate verbürgt. Ist eine solche vorherige Füllung nicht durchführbar (Stiftzahn, Brückenträger), so ist die retrograde Wurzelfüllung mit Amalgam zu versuchen. (Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, Verlag Hermann Meusser, Berlin W. H. 3, 1922.)

Diagnose.

Cholelithiasis und Ulkus.

Im engen Raum des rechten Hypochondriums sind Gallenblase, Duodenum und Magen zusammengedrängt. Die Erkrankung eines dieser Organe bereitet daher oft die größten diagnostischen Schwierigkeiten. Jeder Praktiker weiß, wie schwer Cholelithiasis, Ulcus duodeni und ventriculi manchmal diagnostisch zu trennen sind. Dozent Rohde (Chir. Klinik, Freiburg) hat 200 Gallensteinkranke vor und nach der Operation röntgenologisch genau untersucht, um diese Verhältnisse womöglich zu klären. Er kommt jedoch zu dem Ergebnis, daß es kein Röntgensymptom des Magen- oder Duodenalgeschwüres gibt, welches nicht auch von einer Cholelithiasis nachgeahmt werden könnte. Am ehesten kommt noch der Hypazidität oder dem Salzsäuredefizit Bedeutung zu. Im Verein mit dem Röntgenbefunde und dem ganzen Krankheitsbilde spricht Hypazidität für Cholelithiasis. In einer Anzahl von Fällen wird man sich jedoch vor der Operation mit der Diagnose pericholezystischer, periduodenitischer oder perigastritischer Verwachsungen begnügen müssen, ohne ihre Ätiologie sicherstellen zu können. (Klin. Wschr. Nr. 14, 1923.)

Paravertebrale Schmerzaufhebung zur Diagnose von Baucherkrankungen.

Prof. Läwen (Chir. Klinik, Marburg) benützt zur Differentialdiagnose die Injektion von 5 bis 7½ bis 10 cm³ einer 2%igen Novokain-Suprareninlösung an der Austrittsstelle der Rückenmarksnerven. Bei Erkrankungen der Gallenblase wirkt die Injektion am X. rechten Thorakalnerven schmerzbeseitigend, bei Appendizitis am rechten Lumbalis I. und II., bei Erkrankungen des Magens (die sich ja meist mehr rechts in der Pylorusgegend abspielen) am rechten VII. und VIII. Dorsalnerven, bei Erkrankungen der Niere am Dorsalis XII. und Lumbalis I. Durch die paravertebrale Schmerzbeseitigung entfällt auch die Spannung der Bauchmuskeln, und man kann oft einen früher nicht feststellbaren Tumor palpieren. Das Verfahren hat sich bei über 150 Fällen sehr bewährt. Außer zu diagnostischen Zwecken läßt sich die Methode auch zur Beseitigung der postoperativen Schmerzen, besonders nach Gallenblasenoperation, verwenden. Die Kranken fühlen eine große Erleichterung, husten besser aus und können nachts schlafen. Bei schwer kachektischen Personen ist Vorsicht mit der paravertebralen Novokain-Suprarenin-Injektion geboten (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 12, 1923.)

Aus der Praxis.

Zur Therapie der klimakterischen Beschwerden.

Von Privatdozent Dr. Josef **Novak** (Wien).

Die klimakterischen Beschwerden können wir in mehrere Gruppen einteilen:

1. Am häufigsten und auffallendsten sind die vasomotorischen Störungen. Dazu gehören Wallungen, Schweißausbrüche, Ohrensausen, Erblassen und Gefühlloswerden der Finger (tote Finger), erhöhter Blutdruck und als dessen Konsequenz eine Erweiterung der aufsteigenden Aorta.

2. Trophische Störungen im Bereiche des Genitales, wie Schrumpfung der Scheide, namentlich in ihrem oberen Drittel, Schrumpfung der Portio und des Corpus uteri, Verkürzung und Sklerosierung des Beckenbindegewebes.

3. Schmerzen und Paraesthesien im Bereiche des spinalen und vegetativen Nervensystems: Das Gefühl des Einschlafens in den Armen, Kreuzschmerzen, rheumatoide Schmerzen (Pseudogicht), Pruritus namentlich am äußeren Genitale.

4. Veränderungen im Bereiche von Gelenken und deren Umgebung (Arthritis deformans, Heberdensche Knötchen).

5. Stoffwechsel- und Darmstörungen. Viele Frauen werden dicker, manche aber auch magerer. Abnahme der Kohlehydrattoleranz, Neigung zur Glykosurie und zu Diabetes. Häufig kommt es im Klimakterium zu stärkerem Meteorismus, welcher gleichzeitig mit einer starken Fettansammlung am Unterleib eine derartige Vergrößerung des Unterleibes zur Folge haben kann, daß eine Schwangerschaft vorgetäuscht werden kann.

6. Psychische Störungen. Neigung zur Melancholie. Schlaflosigkeit.

Die Therapie ist teils eine kausale, teils eine symptomatische. Der kausalen Therapie wird man durch Verabreichung von Ovarialpräparaten gerecht, welche längere Zeit hindurch und in nicht zu kleinen Dosen (mindestens sechs Tabletten täglich nach dem Essen) verordnet werden. Freilich ist die Wirkung der Ovarialpräparate nicht sehr in die Augen springend, so daß man in den meisten Fällen nicht entscheiden kann, ob die Besserung der klinischen Erscheinungen dem Ovarialpräparat oder der Zeit zuzuschreiben ist. Von den symptomatischen Mitteln kommt in erster Reihe eine milde Kaltwasserbehandlung in Betracht. Ganz- und Teilabreibungen, kühle, kurzdauernde Packungen haben einen günstigen Einfluß auf die Wallungen und Schweiße. Dagegen werden warme Bäder, Moor- und Schwefelbäder, wie man sie nicht selten gegen die vermeintlichen gichtischen oder rheumatischen Schmerzen verordnet, schlecht vertragen. In neuester Zeit hat Halban ein Präparat unter dem Namen Klimasan angegeben, welches aus Calcium lacticum, Theobromin und Nitroglyzerin besteht und einen guten Einfluß auf die Wallungen ausüben soll. Meine eigenen, allerdings nicht zahlreichen Erfahrungen mit diesem Mittel ergaben manchmal, aber durchaus nicht in der Mehrzahl der Fälle gute Resultate.

Einen günstigen Einfluß auf die vasomotorischen Störungen und eine eventuell vorhandene Hypertension üben Aderlässe von 300 bis 400 cm³, welche allmonatlich wiederholt werden können.

Patientinnen mit Schlaflosigkeit, depressiver Verstimmung und Angstzuständen verordnet man 2 bis 3 g Brom pro die und Schlafmittel, wie Adalin, Bromural u. dgl. und achte in solchen Fällen darauf, daß eine Melancholie nicht übersehen wird (Suicidgefahr). In solchen Fällen ist eine rechtzeitige Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt unbedingt erforderlich.

Gegen die Paraesthesien eignen sich am besten kühle Abreibungen, Massage und Zimmergymnastik. Zur Behandlung des Pruritus eignen sich häufige Waschungen mit Seifenwasser und eine nachträgliche Einreibung mit 6%iger Zymoidinsalbe. In besonders hartnäckigen Fällen erzielt man noch mit der Röntgentherapie gute Resultate. Die klimakterischen Kreuzschmerzen suche man zunächst durch eine Massage der Kreuzlendengegend und durch die Anwendung eines Thermophors oder heißer Duschen („Föhn") günstig zu beeinflussen. Sollte diese Therapie keinen Erfolg haben, dann kann man durch ausgiebige Infiltration des parametranen Bindegewebes mit einer ¼ bis ½% Novokainlösung oder durch eine parasakrale Injektion von ½ bis 1% Novokainlösung in vielen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielen. In besonders hartnäckigen Fällen hat sich die operative Durchtrennung der Sacrouterinligamente bewährt.

Gegen die Involutionserscheinungen im Bereiche des Genitale und gegen die deformierenden Gelenkserkrankungen sind wir noch machtlos. In schweren Fällen deformierender Gelenkserkrankung wäre eine Ovarienimplantation zu versuchen.

Zur Bekämpfung des lästigen Fettansatzes kommen in erster Reihe die üblichen diätetischen Vorschriften und gesteigerte körperliche Tätigkeit in Betracht. Diese Therapie wird durch Verabreichung von Ovarial- und Thyreoidintabletten sehr unterstützt. Doch muß man sich vor Augen halten, daß die Klimax die Disposition zur Basedowschen Krankheit steigert und daß daher bei der Verordnung von Schilddrüsenpräparaten eine genaue Kontrolle der Patientinnen erforderlich ist.

Drei Notizen aus der Praxis.

Von Med.-Rat Dr. **A. Nagy**, Innsbruck.

Verbesserung des Essigsauretonerdeverbandes. Mit Recht erfreut sich die Anwendung des Essigsauretonerdeverbandes einer großen Beliebtheit in der kleinen Chirurgie des Alltages. Aber seit der Kriegszeit ist ein Mißstand eingetreten, der ihre gute Wirkung beeinträchtigt; der hohe Preis der Verbandgaze und ihre ungenügende Entfettetheit. Die käufliche Gaze und Watte nehmen die essigsaure Tonerde schwer oder gar nicht an. Ein zweites Mal läßt sich auch vorher vollkommen entfettete Gaze mit diesem Stoff nicht mehr tränken. Ich habe mir nun seit längerer Zeit damit geholfen, daß ich solche Verbandstoffe mit Spiritus vini diluti angefeuchtet habe. Nicht allein die kolloid-chemischen Eigenschaften werden dadurch verbessert, sondern auch ihre therapeutischen. Ich habe wiederholt beobachtet, daß die regenerativen Vorgänge an Wunden unter dem kombinierten Alkohol-Essigsauretonerdeverbande auffällig besser verlaufen als bei Anwendung bloß eines dieser Mittel.

Ersatz der Zahnbürste durch Kaupech. Das Kaupech war und sein amerikanischer Konkurrent, der Chic, ist heute noch ein recht beachtenswertes Mittel zur Zahnpflege und Munddesinfektion. Der Gebrauch des Chics befördert sehr die mechanische Reinigung der Kauoberflächen, regt die mastikatorische Tätigkeit an und vermehrt die Speichelsekretion. Das Kaupech ist auch sehr geeignet, als Grundsubstanz für Körper von spezifischer Wirkung verwendet zu werden. Unter diesen sind besonders Sozojodol und Formalin zu nennen. Man kann mit Vorteil noch aromatische Substanzen, wie Acidum benzoicum oder Rhizo-Ireos beimengen. Pro dosi (für mehrtägigen Gebrauch) wäre etwa zu empfehlen: Rp. Resina pini 30.0, Acidi benzoic., Natrii sozojodolici ana 1.0; oder: Resina pini 30.0, Menthol 0.05, Formaldehyd 0.1. Misce exact. Signa Kaupech. Das Mittel ist morgens und nach den Hauptmahlzeiten durch einige Minuten zu kauen. — Unter Umständen habe ich Sozojodol bei Patienten, welche Zahnprothesen im Oberkiefer trugen, in der Weise verwendet, daß ich die Prothesen tags zwei- bis dreimal mit einer Messerspitze voll Sozojodol bestreuen und dann in den Mund bringen ließ. Das Mittel kommt hiedurch langdauernd und daher besser als mittels Insufflation zur Wirkung.

Die Pravaz-Garnitur als Notbehelf zur Wundnaht. Ich war zu einem Diphtheriekranken gerufen worden und ohne chirurgisches Besteck ausgezogen. Auf dem Heimwege kam ich zu einem Unfalle zurecht: skalpförmige Rißquetschwunde am Kopfe. Die Indikation zur Schließung der großen Wunde lag vor. In einem nahen Touristengasthaus war Verbandmaterial in gutem Zustande. Schon wollte ich mit gewöhnlichem Zwirn und einer Nähnadel nach Auskochen die Wunde notdürftig flicken, da kam mir der Gedanke, aus meiner Pravaz-Garnitur ein Nähzeug zu improvisieren. Ich schob einen langen Mandrin-Draht vom Pavillon aus bis nahe an die Spitze der Kanüle vor, stach diese durch die genäherten Wundränder durch, schob den Draht so weit vor, daß er gefaßt werden konnte und zog jetzt die Kanüle zurück. Der Draht lag nun im Stichkanal und konnte geknotet werden. Nach einer Woche fand ich bei der Verbandabnahme die Wunde größtenteils per primam geheilt. — Vielleicht kommt einmal ein Landarzt in die Lage, sich in dieser Weise helfen zu müssen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

157. Meine Schwiegermutter, 59 Jahre alt, leidet an perniziöser Anämie. Der Hämoglobingehalt bleibt unter innerer Arsenbehandlung (Arsenstöße nach Prof. Neisser) und Promonta zwischen 60 bis 70 stehen. Der Allgemeinzustand leidet sehr unter hochgradigen Zungenschmerzen. Zunge selbst zeitweilig diffus geschwollen, besonders an den Rändern kirschrot. Lokalbehandlung der Zunge mit Myrrhentinktur, Jod usw. erfolglos. Das Allgemeinbefinden geht infolge Behinderung der Nahrungsaufnahme durch die Zungenschmerzen stark zurück. Bluttransfusion wird abgelehnt. Was könnte gegen die Zungenaffektion helfen?

Dr. P. L. in D.

158. Wie kann man Kuhpockenlymphe strepto- und staphylokokkenfrei machen? Dr. A. T. in C.

159. Elfjähriges Mädchen, gesund (noch keine Menses) hat seit einigen Jahren eine kleine Struma parenchymatosa, welche in den letzten Monaten größer wird. Hängt das mit der nahen Pubertät zusammen? Können Jodpräparate ohne Schaden gegeben werden und in welcher Form? Oder andere Therapie? In der Gegend ist Struma sehr häufig. Dr. A. S. in Z.

160. Finde widersprechende Angaben über Nitroglyzerin. Dosierung 1% oder 1‰? Wenn in wässeriger Lösung explosiv, wie sind die Pastillen einzunehmen? Wie oft und wie lange? In Dozent Herz „Herzkrankheiten" ist ein Rezept für Erytroltetranitat in Pillen, dagegen schreibt Dornblüt in „Arzneimittel", man dürfe dieses wegen Explosionsgefahr nur in Originaltabletten verwenden. Wurden überhaupt schon Explosionen bei medizinischem Gebrauch beobachtet? Dr. R. in Z.

161. Ist Dyspnoe beim Sprechen pathognomonisch für Emphysem oder kommt sie auch bei Herzleiden vor? Medikamente gegen Dyspnoe bei Emphysem? Quebracho? In welcher Form?

Dr. R. in Z.

162. Kann Morphium, Arsen und Guajakol bei Stillenden ohne Schaden fürs Kind gegeben werden? Dr. R. in Z.

163. Das altbewährte Benzylbenzoat ist hier in Ungarn nicht erhältlich. Da es sich mir bei funktionellen Darmstörungen und Spasmen sehr bewährt hat, so möchte ich gern erfahren, wo das Mittel zu bekommen ist. Dr. M. G. in S.

164. Wegen blutenden Duodenalgeschwüres habe ich mich Mitte März einer Gastroenterostomie unterzogen. Nach drei Wochen neuerliche, allerdings nur geringe und drei Tage andauernde Blutung. Jetzt bei strenger Liege- und Diätkur bis auf häufiges Aufstoßen keine Beschwerden. Werde ich das lästige Aufstoßen los werden? Wo kann ich mich über die einzuhaltende Diät informieren? Dr. J. T. in P.

165. Bin 58 Jahre alt; Symptome beginnender Arteriosklerose, Blutdruck schwankend um 190 mm Hg. Habe im Herbst 1921 und 1922 (einige Wochen nach einer Bad Haller-Kur) schwere Blutungen infolge Ulcera duodeni durchgemacht. Welche Kurbehandlung wäre für dieses Jahr angezeigt? Dr. A. E. in S.

166. Ich wäre erfahrenen Kollegen für die Angabe der besten Mittel gegen Seekrankheit bei längeren Reisen zu Dank verpflichtet.

Dr. F. in N.

167. 28jährige Frau, vor zwei Jahren Abortus, vor eineinhalb Jahren foudroyante Blutung mit Blasenabgang (wahrscheinlich Blasenmole). Vor sieben Monaten Zwillingsgeburt, nach welcher die Frau zwei Tage gefiebert hat (Höhe des Fiebers unbekannt) und die ganze linke untere Extremität anschwoll. Seitdem ist die Kranke fieberlos, der Puls immer beschleunigt. Die Thrombophlebitis besteht aber die ganzen sieben Monate fort. Wie könnte sie energisch bekämpft werden. Hydropathische Prozeduren und Bestreichen mit Jodvasogen bei absoluter Bettruhe bisher erfolglos. Ist etwas von Novasurol, Mirion oder unspezifischer Reizkörpertherapie zu erwarten? Dr. P. S. in T.

168. Patient, 19 Jahre alt, seit zwei Monaten Peritonitis tuberculosa: ausgedehntes Abdomen mit Dämpfung in den Seitenpartien, Bauchhautvenen mäßig angeschwollen, keine Lebervergrößerung, kein fühlbarer Milztumor, tägliche Harnmenge etwas unter 1 l, keine tast-

baren Drüsen, Stuhl unregelmäßig, keine okkulten Blutungen; mäßige Druck- und Spontanschmerzhaftigkeit des Bauches. Thorax paralyticus, keine physikalisch feststellbare Lungeninfiltration, mäßiger trockener Husten. Tägliche maximale Temperatur 37.7 mit morgendlichen Remissionen. — Ist neben Sonnenbädern, Sapo kalinus u. dgl. auch Höhensonnebehandlung angezeigt? Was ist von einer Tuberkulinkur zu erwarten?
Dr. P. S. in T.

169. Ich leide seit einem Monate an einer musca volitans des linken Auges, die zwar große, lebhafte Exkursionen macht, sich aber immer wieder in die Blickrichtung einstellt, so daß sie mich im Lesen sehr stört, weniger beim Blick in die Ferne. Es scheint also eine Glaskörpertrübung zu sein, die gerade vor der macula sich befindet. Nach dem autoptischen Bilde scheint es sich mir um eine kleine Blutung zu handeln, da ich kleine Scheibchen unterscheiden kann, die dem mikroskopischen Bilde von roten Blutkörperchen entsprechen. Der Augenspiegelbefund vor 25 Jahren ergab eine Myopie von l. 7 D und r. 8 D bei 6/6; beiderseits Distraktionssichel. Ich habe seit drei Wochen Jodkali genommen, aber ohne jeglichen Effekt bezüglich der Resorption. Dr. G. T. in A.

170. 29jährige Frau leidet an habituellem Abort. Lues und Gonorrhoe scheinen ausgeschlossen. WaR. wiederholt negativ. Endometritis chronica ist vorhanden; durch Auskratzung und Ätzungen der Gebärmutter gelang es, den Ausfluß wenigstens vorübergehend zu heilen. Patientin leicht empfänglich, aber immer in der fünften bis sechsten Woche Abgang. Auch als der Ausfluß geheilt war, trat wieder Abort ein. Was ist zu tun? Ist vielleicht die Einlage eines Pessars ratsam, um Gravidität zu verhüten und so gleichsam die Uterusschleimhaut für einige Zeit ruhigzustellen? Dr. A.-K. in T.

171. Schuhfabrikant leidet seit zwei bis drei Jahren an den Fingerkuppen der rechten Hand an einem Prozeß, der mit Rhagaden beginnt, worauf sich rings um dieselben die Epidermis ablöst und bald wieder regeneriert. Trotz Salben- und Fettverbände (Behandlung auch durch Spezialisten) kehrt der Prozeß immer wieder. Gefühl in den Fingerspitzen nur sehr mäßig herabgesetzt, Haut erscheint dort sehr trocken. Kommt eine Gewerbeschädigung in Betracht (Säuren? Patient arbeitet bei der Schäftefabrikation mit)? Aber warum ist dann nur die rechte Hand und nur an den Endphalangen befallen? Dr. A. K. in T.

172 31jährige Frau mit großer schlanker Gestalt, etwas zu mageren Armen und leichter Hyperplasie der Mammae hat abnorm dicke Unterschenkel, besonders aber am Knöchel und handbreit über dem Knöchel sehr starke Ansammlung von Fett. Der Kontrast zu ihrer Schlankheit ist so groß, daß die Dame geradezu zum Spott Anlaß gibt und sich sehr unglücklich fühlt. Massage und Bandagen erfolglos. Man beobachtet auch oft das Umgekehrte: Fettansatz an Brust, Bauch und Hüften bei auffallend spindeldürren Beinen. Dr. S. in R.

173. Ich habe Gelegenheit, eine „Minius-Lampe" (oder „Mignon-Lampe"?) zu kaufen. Diese besteht aus einem trichterförmigen Reflektor und drei Glühbirnen, einer weißen, roten und violetten. Wer kann mir Näheres über solche Lampen berichten? Dr. Z. in R.

174. In „Ars Medici" 1923, S. 112 wird zur Fluortherapie „Gärungsmilchsäure" empfohlen. Wo erhält man solche? Oder ist sie identisch mit der gewöhnlichen käuflichen? Dr. F. L. in P.

175. Ich behandle seit mehr als 20 Jahren Lungentuberkulose nach Sommerbrocht mit Kreosot in Maximaldosen in entsprechendem Vehikel

mit bestem Erfolge ohne irgend welche schädliche Nebenwirkung. Jüngst sagte mir eine Kranke, ein Arzt habe sich geäußert, daß Kreosot Arterienverkalkung verursache. Was ist daran Wahres? Dr. M. B. in W.

176. Patientin, 65 Jahre alt, mit hochgradigen varikösen Erweiterungen der Venen an beiden Beinen, welche stellenweise kleinapfelgroße Knollen bilden, leidet an großen Schmerzen in den Beinen. Operation mit Narkose undurchführbar, in Lokalanästhesie vielleicht zu eingreifend. Sublimatinjektionen wegen der knollenartigen Erweiterungen wohl gefährlich, weil Emboliegefahr besteht und am Unterschenkel chronische phlebitische und periphlebitische Entzündungen vorhanden sind. Wie wäre da zu helfen? Dr. R. P. in T.

177. Wie ist die nichtoperative Behandlung der chronischen Ethmoiditis? Dr. J. S. in N.

178. Ein zwölfjähriger Knabe leidet an völligem Haarschwund, so daß der Kopf, abgesehen von vereinzelten Flaumhärchen, ganz kahl ist. Ebenso fehlen die Haare an der rechten Augenbraue. Die Mutter des Knaben gibt an, daß derselbe schon im Jahre 1916 einzelne kahle Flecken am Kopfe gezeigt hatte, die immer größer und größer wurden. Der Patient wurde mit allen bekannten Haarwässern und Salben behandelt, auch eine Zeit lang mit Quarzlicht bestrahlt, welche Behandlung nur von vorübergehendem Erfolge begleitet war; die gewachsenen Haare fielen bald wieder aus. Der Knabe ist nervös und lernt ehrgeizig in der Schule. Wer weiß Rat? Dr. A. D. in L.

179. Wer kann mir Literatur über Eugenik angeben? Dr. J. D. in Z.

180. Welcher Kurort ist Basedow-Kranken zu empfehlen? Dr. J. D. in Z.

181. Was bedeutet „Autismus" (im Buch von Prof. Bleuler)? Ethymologie des Wortes? Dr. J. P. in P.

182. Ich erinnere mich in einer volkstümlichen „Gesundheitslehre" von Prof. Grawitz in dem Kapitel über Körperpflege folgenden Passus gelesen zu haben: „Nicht genug kann gewarnt werden vor dem gewohnheitsgemäßen Gebrauch kalter Fußbäder, die der Gesundheit sehr nachteilig sind." Wie ist diese Auffassung zu erklären? Dr. O. L. in M.

183. Ein Zahnarzt bestrich außen und innen das Zahnfleisch mit einer Flüssigkeit, dann stach er sofort schmerzlos die Injektionsspritze für eine Zahnextraktion ein. Auf meine Frage, ob das Kokain war, sagte er, es sei „Nitrolysol". Dieses Medikament finde ich nirgends angegeben Was kann es gewesen sein? Dr. F. W. in B.

184. Wäre bei einem silberkronengroßen, jeder Behandlung trotzenden Leukoplakia oris-Herde Zerstörung mit Thermokauter oder Exzision zu versuchen? Oder weiß jemand eine wirksame lokale Therapie? Dr. F. S. in F.

185. Bitte um Angabe von Büchern für Leiter und Teilnehmer der Samariterkurse. Dr. R. in L.

186. Welche Behandlungsweise eignet sich am besten für einen Syphilitiker mit Endarteriitis obliterans, die vor drei Jahren aufgetreten ist. Wesentliche Besserung bereits vorhanden, vermag bereits zwei bis drei Meilen zu gehen. Nur Funktionsfähigkeit des rechten Armes läßt noch zu wünschen übrig, und die Sprache ist noch etwas lallend. Dr. R. in L.

187. Die Maximaldosis von Vin. stibiatum ist laut Pharmakopoe 1.5 g. Ich verwende nach Prof. Fischl (Prag) auch bei sechs

Monate alten Kindern gegen „Laryngitis stridulosa“ folgendes Rezept: Oxymel Scillae, Vini stibiati ana 30.0. S. Alle fünf bis zehn Minuten einen Kaffeelöffel bis zum Erbrechen. Ich habe nie Schaden davon gesehen, ein Kind war nicht einmal durch diese Dosis zum Erbrechen zu bringen. Kann ich bei Kindern diese Rezeptur weiter verschreiben. Dr. A. K. in V.

188. Ein älterer Arzt in der Umgebung hat bei einem Fall von Rheumatismus articulorum post dysenteriam Hepar sulfuris mit angeblich gutem Erfolge verordnet. Ist dieses Schwefelbad wirklich wirksamer als Atophan- und Salizylpräparate intern? Wie werden die Bäder angewendet und in welchen Zwischenzeiten? Dr. A. K. in V.

189. Welches ist die neueste Behandlung des Lupus erythematodes? Dr. A. K. in M.

190. Wie können Lapisflecken aus Kleidung oder Wäsche entfernt werden? Dr. S. S. in M.

191. Wie sind die Zuckerinjektionen bei Furunkulose zu bewerten, ihre Technik und Dosierung? Dr. A. L. in H.

192. Ist ein Hoden, der noch in der Bauchhöhle verlagert ist, bei einem sechsjährigen Knaben zu operieren, auch wenn er keine Beschwerden macht? Wegen Gefahr der malignen Entartung? Wenn ja: noch vor oder erst nach Eintritt der Pubertät? Dr. R. in W.

Antworten:

Ad 332. Aufbewahren von Gummiartikeln. Eine gute und einfache Methode teilte mir ein Gummiwarenhändler mit: Die Gummisachen werden mit Talkum eingerieben und in einer Blechkiste, auf deren Boden sich Talkum befindet, aufbewahrt. Die Methode hat sich mir sehr bewährt. Selbst hart gewordene Gummischläuche und -binden wurden nach Einreiben mit Talkum wieder elastisch.

Dr. **Sturmhöfel**, Danzig-Langfuhr.

Ad 59. Bei spastischer Obstipation empfiehlt Rosenfeld (Breslau) in einer der letzten Nummern des Zentralbl. f. inn. Med. darmberuhigende, also für gewöhnlich als stopfend geltende Diät (Schleimsuppen, Kakao u. dgl.), die in solchen Fällen die hindernden Spasmen zu lösen und so eine reguläre und wirkungsvolle Darmbewegung zu erzielen vermag.

Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 73. Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Die neuesten Arbeiten über dieses Thema sind: Werner und Grode: „Über den gegenwärtigen Stand der Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste“, Ergebnisse der Chir. 1921, Bd. 14, S. 222. — Küttner: „Was erreichen wir mit der chirurgischen Behandlung des Sarkoms?“, Klin. Wschr. 1922, Nr. 26, S. 1293. — Kreuter: „Über die Behandlung der bösartigen Geschwülste“, M. m. W. 1923, Nr. 15, S. 451.

Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 77. Sodbrennen. Rp: Calcii carbon., Magnes. carbon. ana 50.0, Natrii bicarbon. 10.0, Natr. chlorat. 15.0. M. D. S. Einen Eßlöffel in einem halben Glas kalten Wassers vor dem Essen zu nehmen.

Dr. K. **Clemens**, Bridgeport, Conn.

Ad 82. Über Orgasmus ohne Ejakulation finden Sie eine Abhandlung in der D. m. Wschr. Nr. 35, 1922, von M. Marcuse, Berlin.

Dr. **Bamberger**, Bad Kissingen.

Ad 84. Zusammenfassende Arbeiten über Behandlung inoperabler Geschwülste sind: Wolff: „Die Lehre von der Krebskrankheit“, Verlag G.

Fischer in Jena. — Simon: „Die Behandlung der inoperablen Geschwülste", Ergebn. d. Chir 1913, Bd. 7, S. 263.

Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 85. Bei Analfissuren haben wir in Lokalanästhesie das Rektum seitlich eingeschnitten, die Fissur exzidiert und mit schwarzer Seide gut tief vernäht. Wir erzielen damit in der Spital- und Militärpraxis Dauererfolge. Dr. K. **Clemens**, Bridgeport, Conn.

Ad 86. Narkose des alleinstehenden Praktikers in der Geburtshilfe. Die Autoren der Lehrbücher und Vademekums sollten einmal eine Rundfrage an die praktischen Ärzte richten, wie viele von ihnen zu geburtshilflichen Operationen regelmäßig Narkose ohne Hilfe eines zweiten Kollegen verwenden. Die Narkose ist sicher eine Wohltat, doch würde eine solche Rundfrage vielleicht zeigen, wie weit des Lebens grüngoldener Baum von der grauen Theorie abgewichen ist. Dr. **Ruzicka**, Zator.

Ad 88. Chronisch-hypertrophische Tonsillen. Zwei- bis dreimal täglich die Mandeln mit festem Druck mittels Wattetupfer betupfen mit Liquor ferri sesquichlorati. Dr. K. **Clemens**, Bridgeport, Conn.

Ad 98. Reizhusten bei Laryngitis. An Stelle teurer Medikamente empfiehlt Uhlemann (Kl. W. Nr. 16, 1923) gegen die heftigen Hustenanfälle und Hustenkrämpfe, die bei Bronchitis gleich nach dem Zubettgehen auftreten, als wirksame Behandlung, eine Wärmflasche eine Stunde vor dem Schlafengehen mitten aufs Kopfkissen zu legen und dann abwärts dahin, wo der Rücken liegt, zu schieben. So werde der durch die Kälte bewirkte reflektorische Bronchialreiz und Bronchialkrampf vermieden. Vielleicht hat das einfache Mittel auch bei Erkältungslaryngitis Erfolg.

Dr. M. **Schwab**, Berlin.

Ad 102. Das Phänomen des Vorhandenseins von Zähnen bei der Geburt gehorcht denselben mechanischen Regeln wie die anderen Dentitionen mit dem Unterschied, daß dabei die Anregung zur Tätigkeit der auch die normale Dentition bewirkenden Faktoren hier vorzeitig geschieht, in der Mehrzahl der Fälle durch physiologische, toxisch-infektiöse und allgemein pathologische Prozesse bewirkt, welche direkt oder indirekt auf den in der Entwicklung begriffenen Zahnkeim einwirken. Diese „dentitio praecocissima seu praenatalis seu foetalis" ereignet sich nach den vorhandenen Statistiken einmal unter 5000 (Beretta, Florenz, Fargin-Fayolle, Paris) bis 20.000 (Blott) Fällen und kommt sowohl bei schwächlichen als auch gutentwickelten Neugeborenen vor. Der supponierte Zusammenhang mit Lues hereditaria ist sehr zweifelhaft. Dr. H. **Allerhand**, Zahnarzt, Lemberg.

Ad 110. Hypertonie mit Rhinorrhoe und Beklemmungsanfällen. Es ist hier an das, wenn auch seltene Bild der Polyzytämie zu denken. Bei dieser Erythrozytose sind die subjektiven Beschwerden lange Zeit gering. Es kommen dabei Fälle von Hypertonie vor, die Geißböck als „Polycythaemia hypertonica" bezeichnet hat. Auf alle Fälle wäre eine Blutuntersuchung zu machen (Erythrozyten oft 8 bis 15 Milionen im mm^3); ferner Beobachtung auf Milztumor, starke Füllung der Retinalvenen. Der Erfolg des Aderlasses würde in diesem Falle die Diagnose nur stützen. Die Therapie würde in einer ausgiebigen Bestrahlungsbehandlung der Knochen bestehen. Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 115. Parotitis epidemica und konsekutive Orchitis bzw. Oophoritis. Eine ausreichende Erklärung über den Zusammenhang von Mumps und Hodenmetastase (Orchitis parotidea) gibt es derzeit nicht. Im Lehrbuch der internen Medizin von Osler-Hoke wird nur als Vermutung erwähnt, daß vielleicht Speichel mit den Fingern auf das Genitale über-

tragen wird, von wo aus durch die Urethra der Hoden infiziert wird. Leichtenstern nimmt eine Allgemeininfektion des Organismus an, gegen welche das Gewebe der Parotitis und des Hodens am leichtesten reagieren, und stellt als Analogie das häufige Vorkommen von Enchondromen in diesen beiden Organen hin. Jedenfalls ist die im Gefolge der Parotitis epidemica auftretende Orchitis entsprechend den bei Typhus und Variola beobachteten Hodenentzündungen als metastatische aufzufassen. Die vom Pariser Chirurgen Verneuil (referiert in Klin.-therap. Wschr. Nr. 50/1900) beschriebene Hodenentzündung im Anschluß an akute Tonsillitis (Orchitis tonsillaris) wäre ein Analogon der Orchitis parotidea. Die in der Regel einseitig auftretende Orchitis tonsillaris beginnt meist zu einer Zeit, wo die Angina fast im Verschwinden begriffen ist, und die Entzündung des Hodens wird von einem nicht sehr reichlichen Exsudat in der Tunica vaginalis begleitet; sie weist mithin dieselben Merkmale auf wie die Orchitis parotidea. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 119. Literatur über Autoserotherapie siehe „Ars Medici" 1923, Seite 89. — Palmer und Secor lassen, um das nötige Blutserum einwandfrei und einfach zu erhalten, unter aseptischen Kautelen durch Kanthariden-pflaster Blasen ziehen und entnehmen diesen Blasen das Serum, welches dann ohne weiteres subkutan injiziert werden kann (Med. Record 1915, Bd. 88, H. 3). Dosis: 10 bis 20 cm^3.

Dr. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 119. Gegen Furunkulose ist das beste Mittel der Aderlaß, wie ihn Burwinkel (Nauheim) lehrt, siehe „Der Aderlaß als Heilmittel in der Praxis", Heft 11, Verlag der Ärztlichen Rundschau bei Gmelin, München. Dazu braucht es keiner besonderen, mühselig hergestellten Vakzinen. Ich selbst habe damit die besten Erfolge erzielt, erst neuerdings bei einem Falle, der seit dem Kriege alle nur möglichen Mittel probiert hatte.

Dr. L. **Wolff,** Wiesbaden.

Ad 119. Autoserotherapie der Furunkulose: Aus der Armvene werden 20 bis 40 cm^3 Blut in eine sterile Eprouvette entnommen. Am nächsten Tage wird der Blutkuchen mittels steriler Nadel von den Wänden der Eprouvette getrennt und der ganze Seruminhalt mittels Rekordspritze aufgesaugt und intramuskulär oder venös injiziert. Wiederholung mehrere Male in Abständen von zwei bis drei Tagen. Eklatanter Erfolg in Fällen, die jeder (auch der Vakzine-)Behandlung trotzten. Dr. **Mund,** Lemberg.

Ad 120. Tuckers Asthmamittel ist erhältlich bei Burroughs, Wellcome & Co. in London. Nach Bertram enthält es in einer wässerigen, mit etwas Glyzerin versetzten Flüssigkeit Atropinsulfat (1:100) und Natriumnitrit, zu denen 0.52% eines Pflanzenextraktes treten, dessen nähere Bestimmung nicht gelang, dessen Zusatz aber nur den Zweck zu haben scheint, die obigen wesentlichen Bestandteile zu verdecken. Eine andere Analyse gibt als Bestandteile Atropin, Kokain, Acid. sulfuros. und verschiedene balsamische Extrakte an. Tuckers Specific for Asthma enthält nach Aufrecht 1.0 Kokainchlorhydrat, 5.0 Kaliumnitrat, 35.0 Glyzerin, 30.0 Bittermandelwasser, 25.0 Wasser und 4.0 Pflanzenextraktivstoffe, vermutlich aus Stramoniumkraut (Capaun-Karlowa „Medizinische Spezialitäten", Verlag A. Hartleben, Wien—Leipzig).

Dr. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 120. Das Tuckersche Asthmamittel ist in Bern bei E. Schmid, Finkenrain 13, erhältlich. 30 g kosteten vor einem Jahre 13 Franken. Besser beziehen Sie es vielleicht noch direkt von A. Q. Tucker & Co. Ltd., Onaway, Herne Hill, London. Dr. M. **Erb,** Bern.

Ad 121. Für asthmatische Kinder empfehle ich auf Grund guter Erfahrungen in meinem Patientenkreise das Kinderheim in Niendorf an der Ostsee. Lassen Sie sich von dort Prospekt kommen.

Dr. E. **Orland**, Wesseling.

Ad 123. Für Gicht ist nur das Auftreten von Harnsäure im Blute nach mehreren Tagen purinfreier Kost verwertbar („endogene Harnsäure"). Die Harnuntersuchung hat keine Beweiskraft, da die Harnsäureausscheidung im Harne von sehr vielen Faktoren abhängt. Die Untersuchung des durch Venenpunktion gewonnenen Blutes erfordert solide chemische Kenntnisse, große Übung und die Einrichtungen eines guten Laboratoriums. Von praktischem Wert ist die Auffindung von kleinen Gichttophi in der Haut der Ohrmuschel; sie kommen häufiger vor, als man gemeinhin annimmt. Sie enthalten eine kreidige Masse, die unter dem Mikroskope feinste Nadeln von harnsaurem Natrium zeigt. Die Murexidprobe kann zur weiteren Identifizierung dienen. Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien.

Ad 123. Zur Erkennung von Arthritis und Diathesis urica dient in erster Linie die Untersuchung des Harnsäurespiegels im Blut. Man braucht dazu nur 0.1 cm^3 Blutserum; am besten ist der Apparat nach Brugsch-Kristeller (Vereinigte Fabriken für Laboratoriumsbedarf, Berlin). Bei purinfreier Kost enthält das normale Blut in 100 g 2 bis 4 mg Harnsäure, bei Gichtikern 4 bis 8 mg. Freilich kommt die Erhöhung des Harnsäurespiegels im Blut auch bei anderen Krankheiten vor. Aber trotzdem ist es nach der „Uratohistechie-Theorie verständlich, daß meist die Harnsäurevermehrung im Blut auf Gicht deutet. Denn der Harnsäuregehalt in Blut und Gewebe muß ein gleicher sein. Ist nun bei Gichtkranken zu gewissen Zeiten eine Konzentration der Harnsäure im Gewebe erreicht, die die Löslichkeitsgrenze übersteigt, so fällt die Harnsäure an den Prädilektionsstellen unter Entzündungserscheinungen aus (Tophi, Gelenkschmerzen, Gichtanfälle). So diagnostisch wertvoll also eine Feststellung des Harnsäurespiegels im Blute ist, so wertlos ist die Harnuntersuchung auf Harnsäure (vgl. meine Ausführungen in „Ars Medici" Seite 471, 1922, woselbst ich auch auf eine neue Gichtdiagnose aufmerksam machte.

H. **Lipp**, Bakteriologe, Neubiberg bei München.

Ad 123. Erkennung der Arthritis urica: Im Anfang paroxysmale Schmerzen in den Gelenken (Hallux!), Sehnenscheiden, Schleimbeuteln und im Periost. Hautrötung, Schwellung, Wärme, Knoten (Tophi). Im späteren Stadium: „totum corpus est podagra". Die Harnsäuremenge im Urin oder Blut genügt nicht zur Diagnose.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 124. Wenn die Schmerzen bei Atherosklerose im Magen lokalisiert sind, so ist breiige Kost zu empfehlen, sowie zwei- bis dreimal täglich je 0.3 Anaesthesin-Ritsert in Pulverform.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 127. Kitt für Rekordspritze. In eine starke Kupfersulfatlösung stellen Sie einen Stab von metallischem Zink. Hiebei scheidet sich metallisches Kupfer in Form eines schwarzen Pulvers aus. Dieses Pulver wird gesammelt und getrocknet. Davon werden drei Teile mit sieben Teilen metallischem Quecksilber in einer Reibschale verrieben, bis eine plastische Masse sich gebildet hat, die außerordentlich hart wird, die Kittung selbst erfordert nur etwas technische Kunstfertigkeit.

Dr. **Bamberger**, Bad Kissingen.

Ad 130. Aufgetriebener Magen bei einem Kinde. In Betracht kommen: Malaria, Würmer, Überernährung, Neurose oder enge Kleider.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 130. Auf Grund der Angaben läßt sich kein genaues Bild gewinnen. Anzuraten wären genaue rektale Temperaturmessungen, ob nicht eine abdominelle Drüsentbc. dahinter steckt. Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 131. Lues bei einer Wöchnerin. Bei Lues besteht eine gesteigerte Empfindlichkeit der Gefäße und namentlich auch des Lymphsystems. Ich würde vorsichtige Jodbehandlung bis zum Ablauf der sechsten Wochenbettswoche empfehlen, dann Injektionskur vorsichtig kombiniert aus Salvarsan und Hydrargyr. salicylic. bis zum Verschwinden der WaR.
Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 133. Extr. fluid. Gossypii ist in Amerika als Heilmittel im Gebrauch. Indikationen: Agalaktie, Oligomenorrhoe, Placenta accreta, Tumor mammae, Vomitus gravidarum matutinus. Das Fluidextrakt wird aus der frischen grünen Wurzel bereitet. Es wirkt in vielen Beziehungen ähnlich wie Ergotin. Auch Anorexie wird gebessert, besonders wenn sie sich zur Zeit der Menses mit einem Gefühl von Unbehagen in der Herzgrube verbindet. Dr. H. **Balzli**, Geislingen.

Ad 134. Kontrolle der Verbandstoffsterilisation mit Jodtinktur. Man streiche ein mit dem Wort „Steril" bedrucktes Stück Pergamentpapier mit Stärkekleister und nach dem Trocknen mit Jodtinktur an. Die Schrift ist natürlich verschwunden und das Papier schwarz. Man legt es vor der Sterilisation auf das Verbandzeug in die Trommel. Nach ausreichender Sterilisation ist das Papier entfärbt und die Schrift wieder gut sichtbar (v. Mikulicz). Dr. R. **Mayer-Bojana, Straden.**

Ad 135. Bläschenekzem am Naseneingang. In den „Therapeut. Monatsheften" Nr. 9, 1906, lese ich von eklatanten Erfolgen nach wenigen, täglich erfolgenden Einreibungen mit 10%iger Iothionsalbe (mit Vaselinum flavum). — Dr. Lutz-Wollmatingen empfiehlt in „Ars Medici" Nr. 1, 1920, innerlich Stiefmütterchentee (nach Schulz „Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen").
H. **Lipp**, Bakteriologe, Neubiberg bei **München**.

Ad 136. Verbandstoffsterilisation. Ich empfehle den Verbandstoffsterilisator für praktische Ärzte mit abwärts strömendem Dampf und Trockenvorrichtung der Firma J. Odelga, Wien IX., Garnisongasse 11. Bei vorschriftsmäßigem Vorwärmen vor und Trocknen nach dem Sterilisieren ist das Sterilisiergut (falls nicht zu fest gepreßt) vollkommen trocken. Der Apparat enthält zwei Sterilisierbüchsen von 20 cm Durchmesser und 14 cm Höhe, ist hübsch und solid gearbeitet, nimmt wenig Raum ein und ist preiswert. Dr. M. **Haim**, Schöder.

Ad 139. Die Bewertung der Lumbal-, bzw. Paravertebralanästhesie bei abdominellen, bzw. gynäkologischen Operationen muß als eine hohe bezeichnet werden. Es soll aber betont werden, daß trotz der hervorragenden Stellung der Lumbalanästhesie und deren einfacher Technik diese, wenn man oberhalb des kleinen Beckens operieren will, also höher hinauf anästhesieren muß, nicht ungefährlich bleibt. Man muß dieses Verfahren noch immer mit einer allerdings kleinen Prozentzahl von Mortalität belasten, und wenn auch diese ausgeschaltet wäre, so werden wir im allgemeinen den schweren Nacherscheinungen wahrscheinlich nicht aus dem Wege gehen können. Sie bleiben bei einer größeren Zahl der Operierten haften und ihretwegen haben viele Operateure die Methode verlassen. Gehen die Eingriffe, wie bei gynäkologischen Operationen, in die Tiefe, wenn an den zur Exstirpation bestimmten Organen ein Zug ausgeübt werden muß, Verwachsungen gelöst werden müssen, oder gar un-

erwartete Komplikationen sich einstellen, dann kommt gewöhnlich eine Inhalationsanästhesie zu Hilfe. Deshalb kam man dann auf dem Wege über die parasakrale Anästhesie zur paravertebralen. Im allgemeinen steht diese höher, in gynäkologischer Hinsicht als Leitungsanästhesie an erster Stelle. 80% der Fälle geben einen guten Erfolg in bezug auf Tiefe und Dauer der Anästhesie. Durchschnittlich kann gerechnet werden:

	Volle Anästhesie	Teilweise Anästhesie	Versager
Lumbal	50%	40%	10%
Paravertebral	80%	15%	5%.

Doch gehört zur paravertebralen Anästhesie eine gründlich gekannte Technik und große Erfahrung bei der Beurteilung jedes einzelnen Falles, insbesondere bei dringlichen Fällen. — In der Geburtshilfe hat sich weder die sakrale noch die paravertebrale Anästhesie ein Recht erwerben können. Die Biersche Lumbalanästhesie ist für die Geburtshilfe wegen der kurzen Dauer der Schmerzlosigkeit und der Gefährlichkeit der wiederholten Injektionen von keiner Bedeutung; die sakrale Anästhesie eignet sich — wenn auch weniger gefährlich — aus denselben Gründen nicht. Die von Ilmer und Sellheim in die Geburtshilfe übertragene Leitungsanästhesie (Anästhesierung des Nervus pudendus) ist gut für die Austreibungsperiode (doppelseitige Injektion von 10 cm³ einer 5%igen Novokainlösung in die Gegend der Spinae ischii vom Tuber ischii aus). Für physiologische Geburten ist aber auch diese Technik zu kompliziert. Für die operative Geburtshilfe reichen jedoch alle Leitungsanästhesien nicht aus; sie wird derzeit ohne die Inhalationsnarkose nicht auskommen können. Nur wenn die Gebärende absolut ruhig ist, kann eine aseptische Vorbereitung tadellos durchgeführt werden; die Natur der operativen Geburtshilfe verlangt absolute Ruhe vonseiten der Frau, die sichere Ausschaltung des Schmerzes, die Entspannung der Bauchmuskulatur (Wendung, schwerer Forzeps, Plazentalösung), welche wir aber unter den jetzigen Methoden nur von der Narkose haben können. Und gebärende Frauen sind ja so leicht und rasch und mit so wenig zu narkotisieren! Für größere und größte Eingriffe, wie Kaiserschnitt und Hebeostomie, reicht die schon einige Male versuchte Leitungsanästhesie nicht aus. — Die Technik dieser Leitungsanästhesien läßt sich hier aus Raummangel nicht beschreiben; ich verweise auf: P. W. Siegel in Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 79, H. 1, 1916, „Grundlagen und Technik der paravertebralen Leitungsanästhesie". — Ilmer „Über Sakralanästhesie", Österr. Ärzte-Zeitung 1910/9. — Sellheim, Ztrlbl. f. Gyn., Nr. 27, 1910. — Tobiaszek „Über den Wert der epiduralen Injektion bei den Gebärenden", Ztrlbl. f. Gyn., 1909, S. 1665.

Dr. J. **Pok,** Facharzt f. Gyn., Wien.

Ad 140. Traumatisches Hautemphysem. Das Emphysem ist sicherlich durch mechanische Läsion der Pleura in der Spitzenregion zustande gekommen. Hustenreiz, Dyspnoe und Hautemphysem weisen als charakteristische Merkmale dahin, daß eine Pleurorhexis erfolgte, wenn auch keine Kontinuitätstrennungen und Ergüsse in den Rippenfellraum erhoben werden konnten. Der Hergang im konkreten Falle gestaltete sich in der Weise, daß durch die Kontusion eine unbedeutende, nicht klaffende Rißöffnung an der Pleura und alsbald der Durchbruch der Inspirationsluft vorerst nach außen oben erfolgte. Da die Lungenspitze unmittelbar im Kontakt mit dem besonders lockeren und elastischen Subkutanzellgewebe der Klavikularregion steht, so ist es leicht erklärlich, daß das Eindringen und die fortschreitende diffuse Durchsetzung der Lungenluft unbehindert in dieser Richtung begünstigt wurde. Die Prognose ist günstig. Die Pleura-Dehiszenz pflegt sich bei Lungengesunden recht bald zu schließen, so daß

es zu fatalen Komplikationen nicht kommt. Zweckmäßiges Verhalten des Unfallverletzten durch einige Zeit ohne absoluten Bettzwang ist anzuraten. Die Resorption des Luftdepots geschieht allmählich spontan, bei Anwendung von Streichmassage rascher.

Oberbezirksarzt Dr. **Tittinger**, Kotzmann.

Ad 141. Acidum carbolicum crudum ist nicht identisch mit Cresolum crudum. Beide Stoffe gehören zur Gruppe der Phenole; die Karbolsäure ist Hydroxylbenzol, C_6H_5 (OK), Kresol dagegen Hydroxyltoluol, C_6H_4 (OH) (CK_3). Acidum carbolicum crudum, die rohe Karbolsäure, 50% Phenol enthaltend, ist eine braunrote Flüssigkeit, die sich im Wasser nur unvollkommen löst und zur „Desinfektion im Großen" geeignet ist. Was das Kresol anbelangt, so unterscheidet man je nach der relativen Stellung der substituierenden Gruppen OH und CH_3 im Benzolkern drei Kresole: Orthokresol, Metakresol und Parakresol. Mischungen aus allen drei Kresolen bezeichnet man als Trikresol. Cresolum crudum, Rohkresol, ist eine gelbbraune, klare, dickliche Flüssigkeit, die hauptsächlich zur Herstellung von Liquor Cresoli saponatus, Kreolin und Lysol dient.

Dr. S. **Frey**, Königsberg i. Pr.

Ad 142. Vorzeitiger Fruchtwasserabgang kommt namentlich in den späteren Stadien der Schwangerschaft öfter vor, ohne daß sich daran Wehen anschließen, und es können solche Schwangerschaften fast ganz normal zu Ende gehen. Erfolgt der vorzeitige Blasensprung aber am Ende der Schwangerschaft, bzw. der Wehenstillstand bei bereits im Gange befindlicher Geburt, so erfolgen daraus alle Nachteile des vorzeitigen Blasensprunges und der Wehenschwäche für Mutter und Kind. Nur in diesem Falle sind wehentreibende Mittel angezeigt und von diesen ist unstreitig das beste das englische Pituitrin. Ich persönlich bevorzuge bei im Gange befindlicher Geburt, vorzeitigem Blasensprung und Wehenschwäche auch noch die schonende Erweiterung des Muttermundes bei verstrichener Zervix durch Gummiballon oder mit den Fingern. Man erreicht dadurch, daß solche sonst oft mehrere Tage sich hinziehende Geburten nie länger als einen Tag dauern. Die Vorteile sind groß, Nachteile, namentlich Infektion, bei aseptischem Vorgehen mit Unrecht gefürchtet.

Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 148. Periostitis nach Kontusion. Falls keine Lues vorliegt, weshalb Wassermann-Probe unbedingt zu machen wäre, dürfte es sich am ehesten um eine Periostitis albuminosa handeln (das ist eine Form der Periostitis mit Neigung zu serösem Exsudat. — D. Red.). Nach sehr chronischem Verlauf tritt bei dieser Erkrankung schließlich an einer Stelle Schwellung und Fluktuation auf, die Inzision erfordert. Bei dem gegenwärtigen Zustand des Patienten würde ich Heißluftbäder zu versuchen empfehlen; innerlich Pyramidon. Dozent Dr. W. **Denk, Wien.**

Ad 148. Mit größter Wahrscheinlichkeit liegt ein periostales Sarkom vor. Das Röntgenbild läßt gelegentlich, besonders im Anfang, im Stich. Probeexzision und mikroskopische Untersuchung. Dem langsamen Wachstum entsprechend handelt es sich meist um ein Riesenzellensarkom.

Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 153. Die Dr. Reimerschen Präparate werden von den Chem.-pharmazeut. Werken des Landes Steiermark in Graz hergestellt und in Vertrieb gebracht als: 1. Pasta und Unguentum Cupri Dr. Reimer mit etwa 0.5% metallischem Cu; 2. Pasta und Unguentum Bismuthi Dr. Reimer mit etwa 1.5% metallischem Bi; 3. Pasta und Unguentum Plumbi Dr. Reimer mit etwa 4% metallischem Pb. — Jedes Präparat enthält nur das ange-

gebene Metall in organischer Bindung und daneben anscheinend auch in kolloidalem Zustande. Die Präparate erhalten sich durch Selbststerilisation keimfrei; sie sind in Benzin oder Äther löslich, in Wasser unlöslich. Die Salben eignen sich nur zum Auslegen großer Wundhöhlen, ferner für die Behandlung in Nase und Ohr; sonst sind die Pasten zu verwenden. Die Wirkung der Präparate ist antiphlogistisch, hyperämisierend, schmerzstillend, sekretionsanregend, leukozytenanziehend, granulationsbildend, epithelisierend. Indikation: alle Formen von Entzündungen, Eiterungen, Wunden und Geschwüren (tuberkulöse und maligne Geschwüre ausgenommen). — Im allgemeinen ist es gleichgültig, ob die Cu-, Bi- oder Pb-Paste verwendet wird; nur bei empfindlichen Geschwüren (Röntgenulzera, diabetische oder arteriosklerotische Gangrän u. dgl.) gebe man zu Beginn den milder wirkenden Bi- oder Pb-Präparaten vor dem energischeren Cu-Präparat den Vorzug. Die Präparate werden messerrückendick auf altes, weiches Leinen oder auf Kaliko gestrichen und die erkrankte Stelle in weitem Umfange gedeckt. Verbandwechsel zwei- bis dreimal täglich. Dünne Lage Zellstoff, Binden- oder Mastisolverband. Bei eitrigen Affektionen nur ganz kleine Inzision; nicht tamponieren. Durch die reichliche Sekretion vermag sich die Inzisionswunde nicht zu schließen. Sollte am Tage nach der Inzision die Öffnung durch Blutkoagula verschlossen sein, schmerzlose Eröffnung mit Sonde, eventuell Erweiterung durch Scherenschnitt um 1 bis 2 mm. Reinigung beim Verbandwechsel durch Abtupfen mit trockener hydrophiler Gaze; Präparatreste können mit Benzin oder Äther abgewaschen werden. Nekrosen werden spontan abgestoßen. Größte Defekte werden mit Granulationen gefüllt; geschmeidige, weiche Narben ohne Kontraktur. — Grundbedingung für den Erfolg: reichliche Deckung des erkrankten Gebietes; häufiger Verbandwechsel, täglich zwei- bis dreimal, unter Umständen noch öfter.

Die Reimerschen Präparate werden vielfach gerühmt. Kollegen berichten aus der Praxis über auffallende Erfolge bei schweren Phlegmonen, Furunkeln, Panaritien, Ulcus cruris usw. Prof. H. Schmerz (Graz) schreibt z. B.: „Ich kenne zur Zeit in der Behandlung infizierter Wunden und entzündlicher chirurgischer Erkrankungen kein Mittel irgendwelcher Herkunft, welches in ernsten und besorgniserregenden Fällen in so idealer Weise das zu leisten imstande wäre, was Dr. Reimers . . . . Nach meiner Meinung gehört ihnen die nächste Zukunft auf dem Gebiete der septischen Chirurgie“. **D. Red.**

Ad 153. Ich verwende seit längerer Zeit Pasta Bismuthi Dr. Reimer mit überraschendem Erfolge bei Panaritien, Ulcera cruris, Phlegmonen, Furunkeln, Phlebitiden usw. — Erzeuger: Chemisch-pharmazeutische Werke des Landes Steiermark, Graz, Riesstraße 1. Vertrieb: Mohren-Apotheke, Graz, Murplatz. Dr. R. **Mayer-Bojana,** Straden.

Ad 154. Zurückgebliebenes Kind. Nach der Beschreibung ist das Kind in seiner geistigen und körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Es liegt wahrscheinlich eine zerebrale, angeborene Störung, vielleicht eine Littlesche Krankheit vor. Die große Fontanelle hat sich zu rasch geschlossen; welchen Schädelumfang hat das Kind (Mikrozephalie?)? Es empfiehlt sich in derartigen Fällen, eine Wassermannsche Blutuntersuchung vornehmen zu lassen. Bei negativem Ausfall beschränkt sich die Therapie auf warme Bäder und Massage. Prof. Dr. **C. Leiner,** Wien.

Ad 155. Epidemisches Ekzem zwischen den Fingern. Es handelt sich offenbar um eine Pilzkrankheit der Haut (Epidermophyton inguinale

oder eine ähnliche Pilzart). Die Lokalisation zwischen den Fingern und die Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung sprechen dafür. Es wäre angezeigt, eine Pilzuntersuchung zu machen. Therapie: Jodtinktur, Cehasolsalbe 10%ig. Rp: Sulfur. praecipitat., Zinci oxydat. ana 15.0, Vaselini puriss. 30.0. D. S. Schwefelzinkpaste. — 3 bis 5%iger Formalinalkohol. Wasser und Seife sind zu verbieten. Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Ad 156. Dr. Häusles „Haimakainizon" ist ein von diesem Arzt in Pulver- und Tablettenform hergestelltes Heilmittel, welches bei Gicht, chronischem Rheumatismus, Gallen- und Nierensteinen, Blasenleiden, Hämorrhoiden, Neurasthenie und Epilepsie (also eigentlich bei fast allen Arten von Krankheiten) gut wirken soll. Als Bestandteile werden Ferr. alumin. silic., Magnes. carbon., Herba hierac., Fructus apii, Medulla visci alb., Herba lepidii angegeben. Sie erhalten eine Broschüre über das Mittel vom Erfinder: Dr. Josef Häusle in Feldkirch in Vorarlberg. **D. Red.**

Ad 157. Perniziöse Anämie. Kausal wäre neben der Arsentherapie, da Bluttransfusion abgelehnt wird, ein Versuch mit subkutanen oder intramuskulären Vollblutinjektionen (5 bis 10 cm^3 zweimal wöchentlich durch mehrere Wochen) zu empfehlen. Gegen die Zungenschmerzen neben adstringierenden und desinfizierenden Lösungen Bepinseln mit einer Anästhesinemulsion und Analgetika intern (etwa Phenacetin, Pyramidon ana 0.3, Chinini sulfur. 0.2). Prof. Dr. F. **Kovacs**, Wien.

Ad 158. Von fremden Keimen freies Pockenvirus kann man vor allem durch Filtration durch Berkefeldfilter (Berkefeldfilter V und W; nach einigen Autoren kann man mit solchen Filtraten wohl immunisieren, aber keine Pustelbildung erzielen; Casagrandi, Bossi) gewinnen (Casagrandi, Prowazek). Sehr weitgehend reinigen kann man das Virus auch durch langdauernden Aufenthalt im luftleeren Raum, wobei die Begleitbakterien fast völlig verschwinden, während das Virus seine Wirksamkeit behält (Santori). Da das Virus gegen Austrocknen fast unempfindlich ist, schadet es nichts, wenn es bei dem Aufenthalt im Vakuum eintrocknet. — Glyzerinlymphe kann von Begleitbakterien befreit werden, wenn man sie einige Tage lang bei 37 bis 40° aufbewahrt (Sbiriszia), doch schädigt die Wärme auch die Wirksamkeit der Lymphe (Negri); bessere Resultate dürften im luftleeren oder wenigstens sauerstoffreien Raum bei 37° zu erzielen sein (Repin). (In der Deutsch. med. W. Nr. 14, 1923, findet sich ein Aufsatz von Illert „Über die Gewinnung keimfreier Schutzpockenlymphe. — D. Red.). Prof. Dr. E. **Pribram**, Wien.

Ad 163. Benzylbenzoat (Benzylum benzoicum — Merck) wird in 20%iger alkoholischer Lösung verwendet, 30 bis 60 Tropfen pro dosi, unbegrenzt oft pro die, gegen alle Spasmen der glatten Muskulatur der Intestinalorgane, also Kardiospasmen, Pylorospasmen, Krampf des „Oddyschen Sphinkters", Dickdarmkrampf usw. Dozent Dr. S. **Bondi**, Wien.

Ad 164. Blutendes Duodenalgeschwür. Es handelt sich entweder um ein Blutungsrezidiv aus dem alten Duodenalgeschwür oder um ein Ulcus pepticum jejuni. Letzteres wahrscheinlicher. Röntgenrevision wäre sehr erwünscht. Das peptische Jejunalgeschwür behandle ich mit gutem Erfolge konservativ mittels Rechtslagerung während und nach der Mahlzeit (Schondiät). Nähere Aufschlüsse finden sich in meiner ersten Mitteilung „Über die konservative Behandlung des peptischen Jejunalgeschwüres", Med. Klinik Nr. 18, 1921, und in meiner Bearbeitung des „Ulcus duodeni" in der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten von Kraus-Brugsch, Bd. VI. Prof. Dr. G. **Singer**, Wien.

Ad 167. Thrombophlebitis nach Abortus. In der Anfrage fehlt leider die Angabe des gynäkologischen Befundes, der für die einzuschlagende Therapie von Bedeutung ist. Falls die Anschwellung des Beines nur auf eine Thrombophlebitis zurückzuführen und die Frau schon seit langem fieberfrei ist, empfehle ich eine elastische Einwicklung des Beines (z. B. mit einer Tetrabinde), eine Wärmebehandlung des Beckens (Heißluft, Thermophor, heißer Sandsack u. dgl.), vaginale Tamponbehandlung mit Ichthyol. Angesichts der langen Dauer des Prozesses und der dadurch verminderten Emboliegefahr kann man auch den Versuch machen, durch vorsichtige Massage des angeschwollenen Beines die Zirkulation zu bessern.

Dozent Dr. J. **Novak,** Wien.

Ad 169. Musca volitans. Es wäre wohl eine genaue Untersuchung mit dem Augenspiegel angezeigt. Es kommen wahrscheinlich 3 bis 6% Kochsalzinjektionen subkonjunktival oder auch Mirion-Injektionen (intramuskulär) in Betracht. Dozent Dr. R. **Bergmeister,** Wien.

Ad 170. Habitueller Abort. Aus der Vorgeschichte ist auch für eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu wenig zu entnehmen. Wann erste Menses? Seit wann Fluor? Wie viel Fehlgeburten? Abgang i m m e r in der fünften bis sechsten Woche? Von Pessar ist nichts zu erwarten, außer Verschlimmerung des Fluors. Bei völlig normalem Tastbefund wäre an eine endokrine Ursache zu denken und Ovarialextrakt zu versuchen, allmonatlich zwei Wochen lang vier Ovarialtabletten zu 0.5 (besser noch Ovarialextrakt pro injectione in Ampullen) täglich, dazu eine Schilddrüsentablette zu 0.1; diese Medikation mehrere Monate hindurch, auch während eventueller neuerlicher Schwangerschaft. Prof. Dr. C. **Bucura,** Wien.

Ad 172. Dicke Unterschenkel bei schlankem Körper. Bei der von Ihnen beobachteten Eigentümlichkeit des Fettansatzes handelt es sich sicherlich, wie Sie auch annehmen, um eine besondere konstitutionelle Variante, gegen die jegliche Therapie bisher absolut machtlos ist. Die Grundlage dieser verschiedenen Formen des Fettansatzes ist in einer ungewöhnlichen und unharmonischen „Lipophilie" des Unterhautzellgewebes zu erblicken. Vergl. J. Bauer „Über Fettansatz", Klin. Wschr. Nr. 40, 1922.

Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 174. Gährungsmilchsäure. Die offizinelle Milchsäure ist Äthylidenmilchsäure = Gährungsmilchsäure. Der Name „Gährungsmilchsäure" stammt daher, daß sie bei der Milchsäuregährung des Zuckers gewonnen wird. Daneben gibt es noch eine Äthylenmilchsäure, welche aber medizinisch fast nie verwendet wird. **D. Red.**

Ad 175. Daß Kreosot in medizinischen, keine Nebenwirkung auslösenden Gaben zu Gefäßschädigungen mit nachfolgender Verkalkung führen soll, ist eine durch nichts bewiesene Vermutung. Die bei Tuberkulösen sehr häufige juvenile Sklerose darf man nicht ohne weiteres damit in Verbindung bringen. Prof. Dr. J. **Sorgo,** Wien.

Ad 176. Riesige Varizen. Die Operation ist in Lokalanästhesie sehr gut ausführbar, doch ist zu empfehlen, mit 0.5%iger Novokainlösung zu arbeiten, zuerst die Saphena zu unterbinden und dann die großen Knoten zu exstirpieren. Außerdem ist es für die Patientin besser, nur eine Seite zu operieren und nach einer Woche die zweite Seite. Eine besondere Gefahr ist wohl nicht vorhanden, auch nicht wegen einer Embolie. Ich habe bei dieser Operation bisher nie eine Embolie erlebt, wenn sie auch theoretisch sicher möglich ist. Prof. Dr. H. **Finsterer,** Wien

Ad 177. Nichtoperative Behandlung der chronischen Ethmoiditis. Vor allem muß die Diagnose sichergestellt sein. Dies ist nur möglich, wenn die Kieferhöhle und Stirnhöhle als Sitz der Eiterung ausgeschlossen werden können. Auch eine Röntgenaufnahme sollte gemacht werden. Im akuten Stadium wäre genaue Kokainisierung der Nase, Heißluft und Lichtbehandlung anzuwenden. Ist die Ethmoiditis chronisch, so können die besagten Maßnahmen nur vorübergehend eine Erleichterung bringen, in Betracht kommt aber nur die operative Therapie. Können Sie sich zu einer radikalen Ausräumung des Siebbeines nicht entschließen, so wären wenigstens die Polypen zu entfernen, obgleich diese bald rezidivieren werden.

Dozent Dr. O. **Beck**, Wien.

Ad 178. Völliger Haarschwund, auch der Scham- und Achselhaare, kommt bei Hypophysenerkrankungen vor. Wir raten zur Röntgenaufnahme des Schädels und zur Fahndung nach Diabetes insipidus, Wachstums- und Intelligenzstörungen usw. Therapeutisch käme wohl Organtherapie in Betracht: Hypophysenpräparate, besonders Hypophysenvorderlappenpräparate der Firma Passek & Wolf in Hamburg 26; daneben Thyreoidin, eventuell Testispräparate.

Die Red.

Ad 180. Als Kurort für Basedow-Kranke werden gewöhnlich Höhenkurorte mit mittleren Höhen (500 bis 1000 m) empfohlen. Vgl. diese Nummer, Seite 254.

Die Red.

Ad 181. Unter „Autismus“ (von autos = selbst) versteht Bleuler die bei Schizophrenen charakteristische Erscheinung, daß ihr Innenleben relativ und absolut in seiner Bedeutung für Handeln, Denken und Fühlen gegenüber der Außenwelt, der Wirklichkeit, überwiegt; die Kranken sperren sich auch möglichst von der Außenwelt ab, erweisen sich Examinationsversuchen, logischem Zureden usw. gegenüber ganz unzugänglich, setzen der Umgebung einen eigentümlichen passiven und aktiven Widerstand entgegen, ignorieren die Wirklichkeit, sind in ihr Binnenleben ganz eingesponnen. Während die klinische Bedeutung dieses zuerst von Bleuler gewürdigten Syndroms unbestritten ist, fand die Deutung desselben, wie sie Bleuler im Sinne der psychoanalytischen Komplexlehre versucht, seitens anderer Autoren, vor allem Kraepelins, Widerspruch.

Prof. Dr. A. **Pilcz**, Wien.

Ad 184. Zur Behandlung der spezifischen Leukoplakia oris verwende ich vor allem Neosalvarsan intravenös; wichtig ist gleichzeitig völliges Einstellen des Rauchens und Vermeiden des Genusses zu heißer Speisen. Sollte jedoch nach dem Aussehen der Leukoplakie (Exulzeration, stellenweise tiefergehende Infiltration) der Verdacht bestehen, daß eine maligne Umwandlung vorliegt, so möchte ich vor jeder anderen Therapie die Exzision empfehlen. Prof. Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 186. Luetische Paraplegie. Wenn nicht schon in ausreichenden Dosen gegeben, ist unbedingt Salvarsan und Quecksilber in der Dosis der üblichen Kuren einzuverleiben. Während und nach Beendigung dieser Kur Mirion-Injektionen oder Jod intern. Sehr wichtig ist fleißige geduldige tägliche Massage im Verein mit warmen Bädern der befallenen Extremitäten und anfangs Galvanisation, dann Faradisation. Schließlich kommen jodhaltige Heilquellen, wie Bad Hall und Tölz, in Betracht.

Dr. A. **Feuerring**, Wien.

Ad 187. Vinum stibii kalio-tartarici ist eine Lösung des Salzes von 1 g in 250 g Wein. Die Maximaldosis des Salzes (für Erwachsene) ist

0.5 g. Somit beruhen Ihre Annahmen auf einem Irrtum. — In der zitierten Rezeptformel ist das Erbrechen wohl nicht als Zweck der Medikation, sondern als Grenze der zu verabfolgenden Dosen aufzufassen. Die Emetika sind in der Therapie der hyperakuten Laryngitis des Kindesalters wie beim echten Krupp längst verlassen. Rauchfuß lehnte sie schon im Jahre 1878 ab. Keinesfalls kann die weitere Verordnung des Vin. stibiat. in Ihrer bisherigen Dosierung Schaden stiften.

Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Medikamente.

Quadronal ist ein Gemisch kleiner Dosen von Phenazetin, Laktophenin, Antipyrin und Koffein; es verdankt seine Entstehung der Beobachtung, daß durch die Kombination mehrerer Pharmaka in kleinen Dosen erhöhte Wirkungen infolge des Angriffes der einzelnen an verschiedenen Zentren erreicht werden. Prof. Kionka und Keeser (Berlin) loben das Präparat. Es ist indiziert bei den leichten, banalen Infektionskrankheiten („Erkältungskrankheiten") mit Muskelschmerzen, Abgeschlagenheit und Fieber; besonders aber bei dem großen Gebiet der akuten Neuritiden und Neuralgien, Migräne, tabischen Krisen, spastischen Magen-Darmstörungen und Menstruationsbeschwerden. Dosis: drei bis neun Tabletten täglich. Das Quadronal wird allgemein gut vertragen, wenn man die Tabletten vorher aufweicht und etwas Flüssigkeit nachtrinkt. — Erzeuger: Hennig & Kipper, Chem. Fabrik, Brackwede-Bielefeld. (M. Kl. Nr. 21, 1922, und D. m. W. 1922.)

Repocal (Niederlausitzer Chem. Werke, Werchau bei Calau, N.-L.), eine Emulsion von Chlorkalzium, Milchfett, Milchweiß, enthaltend $CaCl_2$ siccum in 12.5 Gewichtsprozenten, wird von Schliack (Kottbus) bei Bronchialasthma, Heufieber u. dgl. empfohlen, da es die ausgiebige Zufuhr von $CaCl_2$ in gutschmeckender Form ermöglicht. Man gibt zweistündlich einen Eßlöffel (= 2.5 g $CaCl_2$ sicc.) in Milch oder Wasser und erreicht bequem 20 g $CaCl_2$ pro die (= 8 Eßlöffel). Durchschnittlich genügen vier bis sechs Eßlöffel täglich, um die Anfälle zu beseitigen oder entscheidend zu lindern. (M. m. W. Nr. 13, 1923.)

Strumex (= Pulv. Calcii jod. compos.) soll nach dem Gutachten mehrerer Ärzte in der Kropftherapie Gutes leisten. Das Mittel wird in Pulverform, als Tabletten und als Flüssigkeit in den Handel gebracht. Man läßt von dem Pulver zweimal täglich eine kleine Taschenmesserspitze voll nach dem Essen nehmen mit nachfolgendem Schluck Wasser. Von den Tropfen morgens und abends fünf bis sechs Tropfen, von den Tabletten je nach dem Alter eine halbe bis eine Tablette täglich. Zur prophylaktischen und zur Schulbehandlung genügt wöchentlich eine Tablette. — Erzeuger: Apotheker L. Weber, Eßlingen a. N.

Notizen.

Gute Bücher.

Landesmann: „Die Therapie der Wiener Kliniken", herausgegeben von Dozent Dr. P. Biach, Verlag F. Deuticke, Leipzig—Wien. Preis: Grundzahl 17. — Endlich ist nach über zehn Jahren der neunten

Auflage dieses für den Praktiker unentbehrlichen Buches die zehnte Auflage gefolgt. Es war geradezu ein Übelstand und fast eine Gefahr für die gesamte Ärzteschaft, daß das Buch durch Jahre vergriffen war und infolge der widrigen äußeren Verhältnisse nicht frisch verlegt werden konnte. Den „Landesmann" braucht man nicht zu empfehlen, er hat Generationen von Ärzten als treuer Helfer in der Praxis und immer befriedigendes Nachschlagebuch gedient. Die neue Auflage bringt besonders auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten, der Chirurgie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten viel Neues, das den Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit entspricht.

Kolle-Hetsch: „Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre." Zwei Bände, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin. Mit 135 farbigen Abbildungen und 73 Tafeln. Dieses unvergleichliche Standard-Werk ist soeben in der sechsten Auflage erschienen, bereichert um die großen im Kriege gesammelten Erfahrungen auch aus der ausländischen Literatur. Der Verlag hat dem Werke die ihm gebührende Ausstattung gewidmet.

Prof. C. Bachem (Bonn): „Arzneitherapie des praktischen Arztes." Ein klinischer Leitfaden. Dritte Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg (Wien—Berlin), 1923. Ein wertvolles Taschenbuch für die Praxis, das auch rasch über den Wert der wichtigsten Spezialpräparate orientiert. Die Einteilung der Medikamente ist vom klinischen Standpunkte aus durchgeführt (Exzitantia, Kardiotonica, Diuretica usw.). 330 bewährte Rezepte sind als Beispiele angeführt. 150 Präparate wurden mit Angabe des Herstellers neu aufgenommen und kritisch besprochen.

Prof. L. Casper (Berlin): „Lehrbuch der Urologie mit Einschluß der männlichen Sexualerkrankungen." Vierte, neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 225 teils farbigen Abbildungen und zwei farbigen Tafeln. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin, 1923. In der soeben erschienenen vierten Auflage dieses hervorragenden und weitverbreiteten Lehrbuches sind die funktionelle Nierendiagnostik, die Pyelo- und Radiographie entsprechend berücksichtigt. Auf Grund der Arbeiten von Vollhard und Fahr wurde das Kapitel Nephritiden völlig umgearbeitet. Das Werk steht auf der Höhe der Zeit. Die Ausstattung ist vorzüglich, insbesondere fällt die sorgfältige Wiedergabe der Abbildungen histologischer Präparate auf. Preis des Werkes: Grundzahl 16.2.

Prof. N. Ortner (Wien): „Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten." Erster Band, erster Teil: Bauchschmerzen (Schmerzhafte Bauchaffektionen). Dritte, verbesserte Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg (Wien—Berlin), 1923. Dieses großartige, ganz im Neusserschen Geiste gehaltene Werk des hervorragenden Klinikers ist ein Musterbeispiel deutscher Gründlichkeit und klinischen Scharfsinnes. Das Studium desselben wird jedem Internisten, jedem Praktiker einen wahren Hochgenuß bereiten. Hoffentlich läßt die gesamte klinische Symptomatologie nicht allzu lange auf sich warten zum Ruhm der Wiener Schule.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise pro 1923, portofrei: Für das zweite Halbjahr ö. *K* 12.000.—, Reichsmark 10.000.—, ungar. *K* 1000.—, pol. Mk. 10.000.—; ganzjährig č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 24.000.—, Mk. 20.000.—, č. *K* 30.—, poln. Mk. 18.000.—, ungar. *K* 2400.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, Reichsmark 6000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—, ungar. *K* 7000.—, Reichsmark 60.000.—, č. *K* 40.—, Dinar 100.—, poln. Mk. 50.000.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl.. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—.

Zahlungen vom Ausland werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da die Inlandspreise die Herstellungskosten des Blattes nicht decken.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr 20032. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13 868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.519. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen



• An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.



Die österr. Völkerbundanleihe.

Gelegentlich der Veröffentlichung des Prospektes über die Völkerbundanleihe hielt Bundesfinanzminister Dr. Kienböck beim Empfang der Vertreter der Presse im Postsparkassenamt eine Ansprache, in der er über die Anleihe folgende bemerkenswerte Mitteilungen machte:

Es ist eigentlich selbstverständlich, daß wir Österreicher die ersten sind, die mit der Auflegung des österreichischen Anteiles an dieser Anleihe vorangehen. Wir gehen allerdings nur dem äußeren Vorgange nach voran, denn, wie ich bei diesem Anlasse neuerdings bestätigen kann, die Verhandlungen unserer Anleihekommission sind so weit gediehen, daß wir schon mit einem gegebenen Tatbestand rechnen und sicher sein können, daß die österreichische Tranche nur eine Teilaktion des ganzen Werkes ist, das in den Auslandsstaaten zu der gleichen Zeit in die Tat umgesetzt wird.

Der allgemeine Aufbau der österreichischen Tranche ist analog dem bei der kurzfristigen Anleihe vom Dezember. Während es sich damals um die Placierung der Anleihe für ein Jahr handelte, ist die Laufzeit der jetzigen Anleihe zwanzig Jahre, wenn nicht die österreichische Regierung von dem ihr zustehenden Rechte Gebrauch machen sollte, die Anleihe nach zehn Jahren zu kündigen und zurückzuzahlen. Die Sicherungen für diese Anleihe können als ganz erstklassig bezeichnet werden. Die pfandrechtlichen Sicherungen sind dieselben wie bei der kurzfristigen Anleihe, nämlich die Bruttoeinnahmen aus dem Zoll- und Tabakgefälle. 84% der Anleihe sind durch England, Frankreich, Italien und die Tschecho-Slowakei garantiert, der Rest durch die kleineren Staaten. Diese Garantie ist eine 100%ige in dem Sinne, daß der Maximalbetrag der gesamten Anleihe sich um jenen Prozentsatz verringert, der durch die Garantie der Staaten nicht gedeckt ist, so daß der zur Begebung langende Teil der Anleihe jedenfalls zu 100% gedeckt ist. Der Gesamterlös der Anleihe ist im Maximum mit 650 Millionen Goldkronen festgesetzt, der Nominalbetrag kann nach den Genfer Protokollen diese Summe übersteigen. Die Garantie der Staaten ist nicht nur gesetzlich festgelegt, sie wird durch die Kollateralobligationen konkretisiert, die von den garantierenden Staaten bei der Schweizer Nationalbank erlegt werden.

Der Betrag der österreichischen Tranche ist mit 13 Millionen Dollar Nominale festgesetzt. Die Verzinsung ist nominell 7%, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß der Zeichnungskurs 93% und für jene, welche kurzfristige Dollaranleihe in Titres der neuen Anleihe konvertieren, 91% ist. Was die Sicherheiten für diese Anleihe betrifft, kann man wohl ohne Übertreibung sagen, daß sie ganz einzigartig sind, ebenso wie die Verzinsung als sehr günstig bezeichnet werden kann.

Die Zeichnung hat am 1. Juni begonnen und wird am 30. Juni geschlossen.

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckere C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 29139

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 7. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Juli 1923.

Interne Medizin.

Alternierende Arzneibehandlung.

Statt bei langdauernder Darreichung differente Mittel in kleineren Dosen zu geben, die häufig erfolglos bleiben, zieht es Prof. W. Schlesinger (Wien) vor, die volle Dosis, aber nur jeden zweiten Tag zu verabreichen. An den Zwischentagen wird ein anderes Medikament gegeben. Bei Typhus z. B. von vornherein alternierend einen Tag Digitalis (dreimal 20 Tropfen Digipurat), den anderen Tag Koffein (dreimal 0.05); bei Atherosklerose abwechselnd Jod oder Diuretin und Rp. Tinct. chinae 15, Digipurat 5, dreimal täglich 20 Tropfen usw. Durch diese Abwechslung verhindert man toxische Nebenerscheinungen (Abmagerung bei Jod, Kumulation bei Digitalis u. dgl.) (W. m. W. Nr. 14, 1923.)

Angina pectoris — Pathogenese, Therapie.

Nach Prof. I. Pal (Wien) ist die Angina pectoris eine angiospastische Krise im Bereiche der Koronargefäße und der Aortenwurzel. Pathologisch-anatomisch kann dieses Gebiet auch bei schwersten Anfällen vollständig normal sein, oder es wird die besondere Erregbarkeit desselben durch Mesaortitis, Atherosklerose, Endokarditis usw. herbeigeführt. Aufregungen, Kälte, Schmerzreize können Anfälle auslösen. Der Blutdruck ist im Anfall gewöhnlich akut gesteigert (pressorische Gefäßkrisen). Die vasomotorische Natur der Anfälle ergibt sich auch aus dem günstigen Einfluß der Wärme (Trinken heißen Wassers, heißes Handbad, Diathermie, Föhn, Thermophor) und des Fiebers (Sistieren der Anfälle bei interkurrenten fieberhaften Affektionen!), sowie aus der prompten Wirksamkeit der die Koronargefäße elektiv erweiternden Mittel (Koffein, Theobromin, Atropin usw.) und der allgemein spasmolytisch wirkenden Medikamente (Papaverin, Akineton, Nitrite). Wenn Wärme nicht hilft, so ist die einzig richtige Therapie die venöse wegen ihrer sofortigen Wirkung. Gefahrlos können venös injiziert werden Papaverin, Novatropin und das ganz atoxische Benzylpräparat Akineton. Ferner werden empfohlen Quarzbestrahlungen, Aderlaß und Chloralhydrat (jedoch nur bei pressorischen Krisen), Trinitrin subkutan, Theacylonsuppositorien, Laudanon, Morphium kombiniert mit Atropin usw. (Wiener Archiv f. i. Med., B. VI, H. 1, 1923.)

Angina pectoris — operative Behandlung.

Der Gedanke, bei Angina pectoris die Reflex-, bzw. Schmerzbahnen zwischen Herz und großen Gefäßen einerseits und Gehirn und Rückenmark

anderseits durch Exstirpation des Hals-Brust-Abschnittes des Sympathikus zu unterbrechen, stammt von Frank (1899). Jonnescu führte zum ersten Male die Operation im Jahre 1916 und nochmals 1921 aus; Tüffler in einem dritten Falle. Bei allen drei Kranken war der Erfolg prompt. Prof. Brüning (Berlin) hat nun einen vierten Fall erfolgreich operiert. Die 59jährige Kranke hatte fast täglich die heftigsten Anfälle von Angina pectoris, krümmte sich dabei im Bett zusammen, sah livide aus, klagte über Atemnot und heftigste Schmerzen hinter dem Brustbein, die in den linken Arm ausstrahlten. Während des Anfalles stieg der Blutdruck von 150 bis auf 240 mm Hg. Im Jänner 1923 Operation: in Äthernarkose Exstirpation des linken Grenzstranges vom unteren Pol des oberen Halsganglion einschließlich bis zum oberen Brustganglion (Ganglion stellatum) einschließlich; Heilung per primam. Seit der Operation ist bis zur Drucklegung der Arbeit (April 1923) kein Anfall mehr aufgetreten. Die Schmerzen sind völlig geschwunden. Der Blutdruck erreicht höchstens 195 mm, hält sich aber meist zwischen 140 bis 160 mm. Umhergehen und Treppensteigen ohne Beschwerden. — Im ersten Falle Jonnescus konnte die Heilung noch nach sechs Jahren kontrolliert und unverändert festgestellt werden. (Vgl. den Artikel „Ergebnisse des Wiener Internisten-Kongresses", „Ars Medici" 1923, S. 251. Die Red.). (Klin. Wschr. Nr. 17, 1923.)

Zur Therapie der Cholelithiasis.

Prof. A. Pick (Wien) empfiehlt folgenden gallentreibenden Tee: Herba marubii, Herba agrimoniae ana 50.0, Rad. rhei, Rad. ononid. spinos. ana 25.0, Fol. menth. pip. 100.0. Hievon eineinhalb bis zwei Kaffeelöffel voll für eine Tasse kochenden Wassers, fünf Minuten gedeckt ziehen lassen; monatelang täglich morgens nüchtern und nachmittags zwischen Jause und Nachtmahl je eine Tasse warm trinken.

Außerdem während eines Anfalles und unmittelbar nachher Rp. Natr. salicyl., Natr. hydrocarbonic. ana 0.5, Elaeosacchar. menth. pip. 0.2. Mfp. dent. tal. dos. No. X, drei- bis viermal täglich ein Pulver in Wasser gelöst nach dem Essen zu nehmen.

Solange auch nur die geringste Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend besteht, soll Pat. nach den Hauptmahlzeiten eine Stunde liegen mit Prießnitzumschlag, in welchen ein Thermophor eingelegt wurde. Überdies wiederholte Karlsbaderkuren. (W. m. W. Nr. 15, 1923.)

Diabetes — Insulin.

Das neue Heilmittel gegen Diabetes, Insulin (s. „Ars Medici" 1923, S. 133) beruht auf folgender Grundlage: Schon vor 30 Jahren haben v. Mering und Minkowski nachgewiesen, daß man durch Exstirpation des Pankreas beim Hunde einen akuten Diabetes erzeugt, dem das Tier in kurzer Zeit erliegt. Das Pankreas hemmt also die Blutzuckerbildung (aus dem Leberglykogen), und zwar durch ein von den Langerhansschen Zellen im Pankreas gebildetes inneres Sekret. Man hat nun oft genug vergeblich versucht, durch Pankreasextrakt dem Diabetes beizukommen. Banting und Best (Klinik Macleod, Toronto) kamen nun (1920) auf den Gedanken, es könnten bei den üblichen Extraktionsversuchen die wirksamen Stoffe durch das gleichzeitig übergehende proteolytische Ferment des Pankreas, das Trypsin, zerstört werden. Sie stellten daher einen trypsinfreien Extrakt her, und zwar aus fötalem Pankreas und aus Pankreasresten, die zehn Wochen nach Unterbindung des Ausführungsganges (ductus pancreaticus) noch zurückgeblieben waren und nur mehr die Langerhansschen Inseln enthielten (daher der Name „Insulin"), hin-

gegen kein eigentliches Drüsengewebe mehr. Das Pankreas wird mit Alkohol mazeriert, hierauf einer wiederholten fraktionierten Präzipitation unterworfen und schließlich im Vakuum auf ein Drittel seines ursprünglichen Volumens eingedampft. Der so gewonnene Extrakt erwies sich zunächst tierexperimentell von überraschender Wirksamkeit. Nach Injektion von 5 cm³ sinkt beim pankreaslosen Hunde binnen einer Stunde der Blutzucker von 0.26 auf 0.16% und der Harn wird fast zucker- und azetonfrei, die Zuckeroxydation und der Glykogengehalt in der Leber steigen rapid an. Allerdings ist die Wirkung nur vorübergehend; nach drei Stunden muß neuerlich injiziert werden (v. Noorden meint, man könne dem Pat. nicht mit der Spritze nachlaufen; doch sei das Mittel insbesondere bei Koma wertvoll). Der Blutzucker sinkt auch beim normalen Tier auf ein Minimum, Glykosurie durch Adrenalininjektion ist nicht mehr hervorrufbar.

Klinisch zeigt das Präparat, wie H. E. Moore aus dem Rockefellerinstitut berichtet (The Lancet, April 1923), Resultate, die bisher mit keinem Mittel erzielt wurden. In Toronto wurden 50 Fälle genau beobachtet. Der Blutzucker sank in zwei bis drei Stunden nach der Injektion zur Norm ab, die Glykosurie schwand in 24 Stunden gänzlich oder bis auf Spuren, Azetonurie zeigte sich höchstens bis zum dritten Tage, die Haut wurde weniger trocken und ödemfrei, Appetitmangel und Reizbarkeit gingen rasch zurück. Eine gewisse Gefahr liegt in dem zu raschen Sinken des Blutzuckerspiegels. Sinkt derselbe unter 0.07%, so treten Unruhe, Verwirrtheit, Benommenheit auf, welche Symptome sich aber durch 5 bis 25 g Glykose und 100 cm³ Orangensaft per os oder durch 10 g Glykose venös, eventuell kombiniert mit 1 cm³ Adrenalin, in wenigen Minuten beheben lassen.

Das Insulin ist ein weißliches, wasserlösliches Pulver. Es ist völlig frei von Peptonen und macht daher keine Anaphylaxie. Die Dosierung erfolgt nach „Einheiten“, wobei als Standardeinheit jene Menge angenommen wurde, die einem 2 kg schweren, 24 Stunden hungernden Kaninchen subkutan appliziert, dessen Blutzucker in drei bis vier Stunden um 50% (auf zirka 0.045%) reduziert. Man beginnt mit 6 bis 50 Einheiten subkutan, die auf den Tag zu den drei Mahlzeiten verteilt werden, und steigt bei jugendlichen Diabetikern und bei Komatösen bis zu 150 Einheiten pro die. Nach dem Berichte von Moore wurden selbst bei jugendlichen Kranken, bei schwerster Azidose und Koma, bei diabetischer Gangrän Heilungen, bzw. weitgehende Besserungen erzielt.

Vorläufig bleibt das Insulin noch unter strenger Kontrolle der Universität Toronto und des Medical Research Council in London. Wir wollen hoffen, daß es bald unseren Kliniken zugänglich wird und auch bei der Nachprüfung alles hält, was es verspricht.

Entfettungskuren und Proteinkörpertherapie.

(Aus einem Vortrag von Prof. R. Schmidt (Prag) am Wiener Internistenkongreß.)

Physiologische Gleichgewichtsstörungen können durch Protoplasmaaktivierung mittels parenteraler Proteinkörpertherapie behoben werden. Es gelingt einerseits bei atrophischen Säuglingen durch Seruminjektionen beträchtliche Gewichtszunahmen zu erzielen, andererseits Fettleibige durch Milchinjektionen ohne jede Diätbeschränkung bei andauernder Bettruhe weitgehend zu entfetten, namentlich bei Kombination mit kleinen an und für sich unwirksamen Dosen von Thyreoidin

(2 × 0.3 pro die) und Ovarialtabletten. Die Proteinkörper sensibilisieren den Organismus für die Organotherapie. So ist bei Osteomalazie und Spätrachitis die Kombination von Adrenalin mit Proteinkörpern parenteral am wirksamsten. Die Proteinkörper wirken polyvalent auf Blut-, Lymphzirkulation und Diurese, auf den endokrinen Apparat ein; interessante Nebenwirkungen sind gelegentlich bedeutende Harnsäureausschwemmung, Beseitigung von Amenorrhoe u. dgl. Hauptindikation ist die endogene Fettsucht; doch ist rein exogene Fettsucht äußerst selten. Herztätigkeit (namentlich im Klimakterium) und Nervensystem (Zittern, Schlaflosigkeit) müssen fortdauernd kontrolliert werden. Bei Anämie, Neuropathie, Herzinsuffizienz und im Klimakterium ist die Kur bei Bettruhe durchzuführen. Man injiziert alle zwei bis drei Tage durch zehn Minuten im kochenden Wasserbade sterilisierte Milch in abwechselnden Dosen von 4 bis 7 cm^3 intraglutäal. Fieberreaktionen sind meist nur gering, nur wenig über 37^0 C, bei höheren muß man an latente Infektionsherde (Lues, Tbc., Gonorrhoe) denken. An Stelle von Milch kann man auch ATK, 1 bis 2 mg pro dosi injizieren. Die ersten ein bis zwei Wochen verordnet man am besten in jedem Falle Körper- respektive Bettruhe, um die individuelle Reaktionsart festzustellen, dann kann man eventuell die Kur ambulatorisch fortsetzen. Das Körpergewicht kann in den ersten Wochen stabil bleiben, um aber dann, nach Eintritt der allergischen Umstimmung des Organismus, 24 Stunden (bei ATK 48 Stunden) nach jeder Injektion um 400 g bis 2½ kg zu sinken. Die Kur wird auf drei Monate mit etwa 5 kg Gewichtsverlust pro Monat limitiert, um eventuell nach einem halben Jahr wiederholt zu werden. Um die erreichte Gewichtsabnahme festzuhalten, ist die Thyreoidinbehandlung als Nachkur fortzusetzen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1923.)

Erhöhter Blutdruck — kochsalzarme Kost.

Prof. Gustav Singer (Wien) verwendet sowohl bei genuiner als auch bei renaler Hypertension seit einigen Jahren mit guten Erfolgen folgende Mineralstoffwechselkur. Die gewohnte Kost wird bei den im vollen Berufe bleibenden Kranken beibehalten, nur die Fleischnahrung wird reduziert und stark gesalzene Lebensmittel (Pökelfleisch u. dgl.) werden verboten. Jedoch wird der Salzzusatz in der Küche verboten und salzfreies Brot verordnet. Als Würze und Ersatz gibt man 3 g Bromnatrium täglich. Da aber kochsalzarme Ernährung nicht unbegrenzt fortgesetzt werden darf, empfiehlt es sich etwa folgendermaßen abzuwechseln: erste Woche salzarm + Brom; zweite Woche salzarm, jedoch mit zwei Schontagen, an welchen je 5 bis 8 g Na Cl ohne Brom gegeben wird; dritte Woche 2½ bis 5 g Na Cl täglich + Schwitzbäder oder Packung; vierte Woche normale Kost. Gegen die meist spastische Obstipation Atropin + Papaverin, Akineton, lokale Wärmeapplikation.

Diese Behandlung setzt selbst bei schweren anatomischen Störungen (Nieren- und Gefäßerkrankung) den Blutdruck nicht selten in wenigen Tagen um 50 bis 70 mm herab und Atmung, Kopfdruck, Pulsfrequenz, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bessern sich zusehends. (M. Kl. Nr. 13, 1923.)

Der permanente arterielle Hochdruck (Hypertension)

wird von Falta, Depisch und Högler (Elisabeth-Spital, Wien) auf Grund sorgfältiger klinischer Beobachtungen und Funktionsprüfungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als ein Kompensationsvorgang bei Niereninsuffizienz aufgefaßt. Die retinierten Stoffwechselschlacken lösen

zentral eine Hyperadrenalinämie aus, die zum Hochdruck führt. Später kommt zur funktionellen eine mechanische Komponente durch eine ausgedehnte Kapillarsklerose namentlich im Splanchnikusgebiete hinzu, wodurch der Hochdruck therapeutisch (diätetisch) weniger beeinflußbar („fixiert") wird.

Diätetisch ist somit eine Entlastung der Niere durch Einschränkung der Wasser-, Salz- und Eiweißzufuhr anzustreben. Kochsalzarme Kost (1 bis 2 g Na Cl täglich) ist namentlich bei initialen Nierensklerosen und bei abklingenden Glomerulonephritiden wertvoll; sie wird zweckmäßig von ein bis zwei Zuckertagen (250 bis 300 g Zucker mit 800 g Flüssigkeit) eingeleitet und wiederholt unterbrochen. Fleisch wird täglich einmal gestattet, die durchschnittliche Eiweißzufuhr beträgt 80 g pro die. Die Speisen werden salzfrei bereitet und dem Patienten zum nachträglichen Salzen 1 bis 2 bis 3 g Na Cl täglich verabfolgt. Es ist merkwürdig, wie leicht die Patienten mit dieser kleinen Salzmenge ohne irgendwelche Schädigung längere Zeit auskommen, während die gleiche Menge Salz beim Kochen verwendet, den Geschmack der Speisen kaum bessert. Die durchschnittliche Flüssigkeitsmenge pro die beträgt 1500 bis 1200 bis 1000.

Unter dieser Diät sinkt der Blutdruck oft bedeutend ab, um aber bei Rückkehr zur normalen Kost rasch wieder anzusteigen. Es ist daher zweckmäßig, zeitweilig kurze Perioden mit vollständiger Na Cl-Abstinenz immer wieder einzuhalten. (Wiener Archiv f. innere Med., Bd. VI, H. 1, 1923.)

Zur Verwendung heimischer Teepflanzen.

R. F. Weiß (Waltersdorf-Berlin) lobt die Wirkung folgenden Tees bei Darmspasmen, Meteorismus, peritonischen Adhäsionen nach Cholezystitis, Magengeschwüren, Appendizitis u. dgl. Rp: Fruct. foeniculi, Fruct. carvi, Fol. Menth. pip. conc., Rad. valerian. conc. ana 25.0; M. f. species. S. zwei Teelöffel voll Tee mit ¼ l kochenden Wassers übergießen, fünf Minuten ziehen lassen, durchseihen und heiß trinken. Bei gleichzeitiger Obstipation kann man etwas Cortex frangulae oder Fol. Sennae hinzufügen.

Ein ausgezeichnetes, billiges Mittel gegen Appetitlosigkeit ist der Kalmustee. Man läßt einen Teelöffel zerkleinerter Kalmuswurzel (Rhizoma Calami) mit ¼ bis ½ l Wasser kurz aufkochen und langsam abkühlen. Eine Tasse voll eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

Ein ebenso wirksames Sedativum wie der bekannte Baldriantee ist der Hopfentee aus den Glandulae lupuli. Er ist namentlich indiziert bei sexuellen Erregungszuständen (Pollutionen, Onanie usw.), kann aber auch als Ersatz für Baldrian verwendet werden, wenn dieser nicht vertragen wird oder unwirksam ist.

Radix primulae, zwei Eßlöffel mit ½ l Wasser auf die Hälfte einkochen, ergibt ein ausgezeichnetes Expectorans. Die Firma E. Tosse in Hamburg bringt einen fertigen Extrakt unter dem Namen Primulatum fluidum in den Handel. Die dunkelbraune aromatische Flüssigkeit enthält Saponin und Emetin, vereinigt also die bekannten wirksamen Prinzipien von Senega und Ipecacuanha. Trebing (Charlottenburg) hat das Präparat in zahlreichen Fällen erfolgreich verwendet. Man gibt mehrmals täglich 15 bis 20 Tropfen in etwas Wasser, Kindern fünf bis zehn Tropfen in Zuckerwasser.

Ein gutes Adstringens ist die Wurzel des Fingerkrautes, Radix Tormentillae; ihr Gehalt an Gerbstoff beträgt bis zu 20%. Man kann die Wurzel als Tee (ein bis drei Eßlöffel auf ½ l Wasser,

15 Minuten kochen lassen) oder als Pulver verordnen (mehrmals täglich eine Messerspitze).

Viel gebraucht ist jetzt bei Lungentbc. der kieselsäurehältige Lungentee: Rp: Herb. Equiseti, Herb. polygoni avicul., Herb. Galeopsidis ochr. ana 25.0, ein bis zwei Eßlöffel mit ½ l Wasser bis zur Hälfte einkochen, zwei bis drei Tassen täglich.

Nachdem Heinz (Erlangen) neuerdings die galletreibende Wirkung des Pfefferminzöls experimentell nachgewiesen hat, ist auch die Verwendung des Pfefferminztees bei Gallenleiden wissenschaftlich begründet. (Die Ther. d. Gegenw., H. 4, 1923.)

In der „Ars Medici" wurden die „Gallensteintees" Bacschwiho (s. „Ars Medici" 1921, S. 560) und Agolithon („Ars Medici" 1922, S. 478) empfohlen. In seiner soeben erschienenen Abhandlung: „Die Gallensteinkrankheit. Richtlinien der inneren Klinik" (Verlag Urban & Schwarzenberg) empfiehlt Prof. G. Singer (Wien) folgende Teemischungen: Rp: Herb. equiseti, Herb. absinthi, Fol. trifol. Fibrin. ana, zwei Tassen täglich; oder Rp: Herb. millefol., Herb. Card. bened., Herb. viol. tric., Cort. frangul., Herb. Mari veri ana. Wichtig ist, daß besonders am Morgen nüchtern eine heiße, die Magen- und Darmperistaltik anregende Abkochung gereicht wird.

Papaverin — Dosierung und Wirkung.

Schon Pal, der das Papaverin in die Therapie einführte, hatte die Erwartung ausgesprochen, daß das relativ ungiftige Mittel später in höherer Dosierung zur Anwendung kommen würde. Nun weist Frigyer (II. Intern. Univ.-Klinik, Budapest) darauf hin, daß man zu diagnostischen Zwecken oft zu niedrige Papaverindosen verwendet. Wir benützen ja das Papaverin zur Differenzialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose; öffnet sich nach Papaveringabe, röntgenologisch feststellbar, der Pylorusverschluß, so hat es sich um Pylorospasmus gehandelt, andernfalls um Pylorusstenose. Hat man nun — wie gewöhnlich bisher — eine zu geringe Dosis Papaverin gegeben, so wird man auch bei Pylorospasmus keinen Effekt sehen, Stenose annehmen und unnötig operieren. Eine sichere Papaverinwirkung erreicht man, wenn sich eine schwache narkotische Wirkung bemerkbar macht; dazu ist meist eine intramuskuläre (subkutane Einspritzungen sind sehr schmerzhaft) Dosis von 0.2 g nötig. Zu längerem therapeutischem Gebrauch verordne man per os täglich 0.3 bis 0.5 g Papaverin.

Das Papaverin vermindert in entsprechender Dosis den normalen Gefäßtonus. Den krankhaft gesteigerten Blutdruck verringert das Papaverin nur, wenn er durch spastische Zusammenziehung der Gefäße verursacht wird; das ist der Fall bei transitorischer Hypertonie und bei der leichteren Form der essentiellen Hypertonie. Bei der schweren Form der essentiellen Hypertonie, bei Arteriosklerose und Nephrosklerose hat Papaverin keine Wirkung auf den Blutdruck. Dieses Verhalten kann differentialdiagnostisch verwertet werden.

Kiss (II. Intern. Univ.-Klinik, Budapest) konnte eine Wirkung des Papaverins nicht nur auf die glatte, sondern auch auf die quergestreifte Muskulatur feststellen. Die beste Wirkung hatte er in dieser Hinsicht bei Tetanie, weniger deutliche bei Spasmen der quergestreiften Muskulatur (schon Pal hatte über gute Wirkung bei Eklampsie berichtet); die Rigidität bei Parkinsonismus blieb jedoch unbeeinflußt. — Das Papaverin hat bei seiner Wirkung auf Krämpfe quergestreifter Muskeln vor Morphium und ähnlichen Mitteln den großen Vorteil, daß es ohne allgemein-narkotische

Wirkung die Krämpfe beseitigt, während Morphium erst durch die Allgemeinbetäubung die Muskelkontraktionen beeinflußt. (D. m. W. Nr. 17, 1923.)

Seekrankheit — Behandlung.

Eine Reihe erfahrener Schiffsärzte teilt hiezu folgendes mit:

1. Prophylaxe:

Vor der Einschiffung eine leichte Mahlzeit, die Verdauung sei bei der Einschiffung bereits beendet. (M. Clerc.) Intern eventuell Veronalnatrium zweimal täglich 0.25. (Barot.) Eine Viertelstunde vor der Abfahrt und zwei Stunden nachher 1 g folgender Lösung subkutan:

Atropini sulfurici	0.01
Strychnini sulfurici	0.025
Aquae destillatae sterilisatae	ad 40.0.

(W. Zoeller.)

Auch Atropin allein (0.001) einmal täglich subkutan, hat gute vorbeugende Wirkung (Cazamian.); desgleichen acht Tropfen einer Mischung gleicher Teile Hyoscyamus- und Belladonna-Tinktur, fünf- bis sechsstündlich. (Barot.)

2. Therapie:

Bei hohem Seegang soll man sich gleich nach Betreten des Schiffes mit tief gelagertem Kopf in der gut zu lüftenden Kabine niederlegen und nichts zu sich nehmen außer etwas Tee oder Mineralwasser. Wenn sich das Schiff hebt, tief einatmen, bei Senkung des Schiffes tief ausatmen. (Clerc.) Auch die Prophylaktika, besonders das Atropin subkutan (0.00025 pro dosi, in Verbindung mit Morphin 0.01) werden empfohlen; (Barot.) desgleichen das Veronalnatrium (0.5 bis 1.0, auch subkutan oder rektal anwendbar. — Ref.)

Die Einzeldosis des Atropins kann bis zu 0.001, intern sogar bis zu 0.002 im Bedarfsfalle gesteigert werden. (Dejean.) Belladonna wirkt weniger sicher; und zwar 0.0005 pro dosi, drei- bis viermal täglich, so lange, bis Trockenheit im Halse und leichte Pulsbeschleunigung eintreten (Th. und I. Stephani.). Von den unangenehmen Nebenwirkungen des Atropins sind auch Akkomodationsstörungen beobachtet worden. (Cazamian.), ferner Kopfkongestionen. Sonst wird noch empfohlen (A. Got) die Augen zu schließen, oder bloß den Blick zu fixieren, so daß man Bewegungen nicht wahrnimmt. Weiters: Verbleiben auf Deck, wo man sich mit erschlafften Muskeln in der Längsrichtung des Schiffes hinlegt. Auch die Mahlzeiten sind liegend einzunehmen (Pauli und Galler), doch nichts beim Essen zu trinken. Andere wieder empfehlen Alkoholika (Dejean, Got.). Auch Strychnin und Adrenalin werden subkutan injiziert (A. Got), in schwersten Fällen mit Synkope Kampher und Koffein.

In Amerika viel angewendet wird die Immobilisation des Verdauungstraktes durch Kompression des Bauches mittels einer festangelegten, flanellenen Bauchbinde. (Barot.)

Eine wohl nur bei nicht zu stürmischer See anwendbare Methode ist das Marschieren mit großen Schritten auf einer streng eingehaltenen Linie (z. B. zwischen zwei Dielen) um die Aufmerksamkeit von der Umgebung und dem Meere abzulenken, und tiefe Atemzüge dabei. (Mathieu.) (Presse médicale, 13. I. und 28. IV. 1923.)

Über die Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf

veröffentlicht Bartfeld aus der Klinik Klemperer in Berlin-Moabit einen wenig ermunternden Bericht. Das Verfahren ist gefährlich; von 13 nach Ponndorf behandelten Fällen zeigten vier unerwünscht heftige Lokal-, Herd- und Fieberreaktionen (tagelang über 39° C), davon ein Fall mit rasch tödlichem Verlauf unter anhaltendem intermittierendem Fieber bis 40° C in zehn Tagen, und ein Fall schon nach der kleinsten verwendbaren Dosis von einem Tropfen. Bei sechs Fällen mußte die Behandlung wegen zunehmender Verschlechterung abgebrochen werden. Ein deutlicher günstiger Einfluß der Impfbehandlung war in keinem Fall zu konstatieren. (Die Ther. d. Gegenw., H. 3, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Das Aurikularissymptom bei Meningitis.

Die Meningen werden von einem Ast des Nervus vagus, dem Ramus meningeus, mit sensiblen Fasern versorgt. Dieser Vagusast hat seinen Ursprung in den Zellen des Ganglion jugulare. Aus dem gleichen Ganglion entspringt der Ramus auricularis nervi vagi, welcher sensible Fasern zur hinteren Wand des äußeren Gehörganges sendet. Daher resultiert durch Irradiation bei Meningitis eine Überempfindlichkeit der hinteren Wand des äußeren Gehörganges. Schon ein mäßiger Druck mit dem Finger oder einer Knopfsonde auf die hintere Wand des äußeren Gehörganges ruft selbst bei soporösen Kranken schmerzhafte Verzerrung der Gesichtsmuskeln und nicht selten Aufschreien und Abwehrbewegungen hervor. Zur Kontrolle übe man einen ebenso starken oder noch stärkeren Reiz auf die vordere Gehörwand aus; dieser muß ohne jede Reaktion verlaufen, wenn das Aurikularissymptom als positiv gedeutet werden soll. Mendel (III. Med. Univ.-Klinik, Berlin) fand das Aurikularissymptom in allen untersuchten Fällen von Meningitis positiv, auch wenn noch keine anderen charakteristischen Zeichen (Nackenstarre, Kernig, Hauthyperästhesie, Lähmungen) vorhanden waren; es ist also ein in der Praxis sehr brauchbares Frühsymptom. Bei allgemeiner Meningitis ist das Symptom doppelseitig positiv, bei Hirnabszessen und einseitig umschriebener Meningitis (z. B. nach Ohreiterungen) wird man das Zeichen nur auf der erkrankten Seite finden. Bei Nebenhöhlen- und Zahnerkrankungen mit ausstrahlenden Ohrschmerzen war das Aurikularissymptom stets negativ. (M. Deutsch fand das Aurikularisphänomen bei Apizitis positiv; vgl. „Ars Medici“ 1920, S. 76, und 1922, S. 132. — Die Red.). (Klin. Wschr. Nr. 17, 1923.)

Schmerzen und Gehstörung bei Spina bifida occulta.

Eine manifeste Spina bifida macht infolge der mit ihr einhergehenden Entwicklungsstörungen der entsprechenden Rückenmarkssegmente oft Klumpfußbildung, Atrophien in der Muskulatur der unteren Extremitäten mit oder ohne Veränderung der elektrischen Erregbarkeit, Anomalien der Patellarsehnenreflexe, trophische Störungen an den Füßen und Blasen- und Mastdarmstörungen. Der Typus dieser Veränderungen entspricht meist dem einer Cauda-Affektion. Doch können auch bei Spina bifida occulta, wie schon Oppenheim und Fuchs betonten, dieselben Störungen auftreten, daneben noch relativ häufig Syndaktylie und Empfindungsstörungen an den unteren Extremitäten und zuweilen ischiasähnliche Neuralgien. Matz-

d o r f f (Nervenabteilung des Krankenhauses St. Georg, Hamburg) berichtet über sechs Fälle mit solchen Störungen bei Spina bifida occulta. Zuweilen bestehen auch charakteristische Gehstörungen: das Gehen und Stehen ist durch Schmerzen im Bereich der Spina bifida und seitlich davon stark erschwert, die Knie werden dabei gebeugt und der Rumpf steif und nach vorn geneigt gehalten. Die Vorwärtsbewegung geschieht vorwiegend durch ein Vorschieben des Körpers in den Hüften. Nicht selten treten alle diese Störungen zur Zeit der Pubertät, einer Gravidität oder nach körperlichen Strapazen auf. Um sich vor Fehldiagnosen (besonders Ischias) zu schützen, ist daher in einschlägigen Fällen die Röntgenuntersuchung vorzunehmen, die die Spina bifida occulta aufdeckt. (D. Ztschr. f. Nervenh., Bd. 76, H. 5/6, 1923.)

Das intermittierende Hinken

ist nach Dozent Z a k (Wiener Herzstation, Prof. H. H. Meyer und R. Kaufmann) meist sowohl anatomisch (Atherosklerose der Beinarterien), als auch funktionell bedingt, indem bei Muskelarbeit an Stelle normaler Dilatation krampfhafte Kontraktion der Beingefäße und lokale Ischämie auftreten. Nach kurzem Gehen zeigen die Patienten auf der kranken Seite eine rasch vorübergehende, aber auffallende Blässe der Fußsohle, während die gesunde Fußsohle sich kurze Zeit nach Abheben vom Boden rötet (G o l d f l a m m s Zeichen). Dieses wichtige Symptom ist auch beim Gesunden künstlich hervorrufbar, wenn man unterhalb des Knies eine elastische Binde anlegt und denselben gehen läßt. Es treten bald Parästhesie, Ermattung, Schmerz im Unterschenkel auf und die Fußsohle bleibt im Gegensatz zur anderen nach Abheben vom Fußboden wachsbleich. Hautreize führen am erkrankten Bein (Unterschenkel) nur zu schwacher oder überhaupt zu keiner Rötung (ebenso beim Gesunden, wenn man die Hauptarterie komprimiert). Auch oberhalb der Umschnürungsstelle kann die Reflexrötung ausbleiben. Wenn man aber das von H. S c h l e s i n g e r zur Behandlung der Claudicatio intermittens empfohlene Strychnin. nitr. (0.003 subkutan am Unterschenkel) injiziert, so tritt die Reflexrötung trotz Umschnürung auf und wird auch am kranken Bein viel deutlicher. Das Strychnin ist also imstande, das funktionelle Moment in der Pathogenese des Hinkens zu beeinflussen und es erweist sich therapeutisch als erfolgreich, wenn die funktionellen Störungen gegenüber den anatomischen Veränderungen überwiegen. (M. Kl. Nr. 14, 1923.)

Jod bei Strumen und Basedow.

Prof. N. J a g i č und G. S p e n g l e r (Sophienspital, Wien) verordneten in 25 liegenden und ambulatorischen Fällen von verschiedenen Strumen mit und ohne thyreotoxische Symptome eine 5%ige Jodnatriumlösung, von dreimal täglich drei Tropfen individuell tropfenweise und nur notfalls ansteigend (nach der Methode v. N e i s s e r, vgl. „Ars Medici", 1922, S. 55 usw.). Selbstverständlich wurden ständig Körpergewicht, Halsumfang, Herz, Gefäße, Nervensystem und Psyche sorgfältig kontrolliert. Besonders ist zu achten auf das Auftreten von thyreotoxischen Symptomen, und zwar an Herz und Gefäßen: der Herzspitzenstoß wird breiter und rasch hebend, der erste Herzton dumpf, unrein; Zelerität und Hüpfen des Pulses; ferner auf Schweiße, Diarrhöen, Tremor, nervöse und psychische Störungen. Bestehen bereits solche Symptome, so dürfen sie nicht zunehmen. Bei richtiger Dosierung geht der Kropf ausgiebig zurück, während das Körpergewicht konstant bleibt oder sogar beträchtlich zunimmt. Parenchymatöse Strumen reagieren viel besser als knotige. Auch

sämtliche Basedowstrumen gingen deutlich zurück, doch wurden die thyreotoxischen kardiovaskulären Symptome nur wenig beeinflußt. Bei letzteren wurde über dreimal drei Tropfen täglich nicht hinausgegangen. In zwei von vier Basedowfällen besserten sich auch die Protrusio bulbi und die subjektiven Diarrhöen schwanden. Sämtliche vier Basedowfälle nahmen an Gewicht zu. Die Maximaldosis betrug bei Basedow in einen Fall dreimal acht Tropfen, in den übrigen dreimal drei Tropfen täglich. Bei Auftreten oder Zunahme von thyreotoxischen Symptomen ist die Jodzufuhr sofort zu verringern (bzw. zu sistieren. — Ref.). Irgend welche Schädigungen wurden nicht beobachtet. Jod erscheint demnach bei Strumen und auch bei Basedow unter obigen Kautelen als durchaus indiziert. (W. kl. W. Nr. 14/15, 1923.)

Die Phlogetantherapie

ergab nach Markuszewicz in der Nervenheilanstalt Maria Theresien-Schlössel, Wien (Prof. Redlich) wenig befriedigende Resultate. Chronische Tabes wurde in keinem Fall gebessert, eher verschlimmert. Akute und remittierende Tabes ist auch spontaner Rückbildung fähig, so daß den hier erzielten positiven Resultaten keine Beweiskraft zukommt. Der Blut- und Liquorbefund blieb unverändert oder zeigte eher Verschlechterung. Lanzinierende Schmerzen wurden nicht gebessert, in einem Falle verschlimmert. Parkinsonismus und multiple Sklerose blieben unbeeinflußt, nur ein Fall von multipler Sklerose wurde gebessert, der aber schon früher eine spontane Remission gezeigt hatte. (W. kl. W. Nr. 6, 1923.)

Tabes und Zähne.

Die tabische Kieferosteopathie kann nach Prof. E. Müller (Marburg) schon frühzeitig auftreten. Sie führt zu spontanem schmerzlosen Zahnausfall aus dem atrophischen Alveolarfortsatz. Sensible Reizerscheinungen im Trigeminusgebiet, also neurogene Kiefer- und Zahnschmerzen, werden anamnestisch häufig angegeben. Die Anästhesie betrifft nicht nur die Schleimhaut, sondern auch die tieferen Gewebe, das Periost, die Pulpa, das Dentin. Nahezu sicher wird die Diagnose beim gleichzeitigen Bestehen eines torpiden, schmerzlosen, kaum blutenden Ulkus in einer meist schon zahnfreien Alveolenhöhle, eventuell schon mit Fistel- und Sequesterbildung in der Tiefe (Sonde!). Dieses tabische Mundschleimhautgeschwür ist analog dem „mal perforant du pied". Die tabische Atrophie und Brüchigkeit der Kiefer entwickelt sich viel stürmischer als die senile. Sequesterbildung und Spontanfrakturen der Kiefer sind röntgenologisch am deutlichsten zu erkennen. (Vierteljahrsztschr. f. Zahnheilk., 38. Jahrg., H. 4.)

Chirurgie.

Die Paronychie,

eine Form des Panaritiums, zeichnet sich aus durch eine besonders im Anfang auf der Nagelumwallung lokalisierte entzündliche Schwellung und Rötung und durch ihren chronischen Verlauf. Bei Druck auf den geröteten Nagelwall quillt unter ihm ein Tropfen Eiter hervor. Die Schmerzen sind im Vergleich zu anderen Panaritien gering, eine Infektion der Lymphwege wird nur selten beobachtet. Die Funktion des Fingers ist

nur wenig beeinträchtigt. Die subjektiven Beschwerden nehmen zu, wenn die Eiterung den Nagel unterminiert, was meist am seitlichen Nagelrand und an der Nagelwurzel eintritt. Das subunguale Panaritium ist in seiner Flächenausdehnung leicht festzustellen durch den deutlich durch den Nagel durchschimmernden gelben Eiter. Der Nagel steht hier unter hohem Druck und die Schmerzen sind beträchtlich. Beim parungualen Panaritium ist die Schwellung und Rötung intensiver; seine Ausdehnung läßt sich durch den Sondendruck leicht feststellen.

Die Prognose der Paronychie ist im allgemeinen gut, doch ist der Verlauf — wie betont — ein chronischer. Nach anscheinend rascher Besserung kann die Infektion immer wieder aufflammen. Eine besonders ungünstige Prognose scheinen die häufigen Manikürinfektionen zu geben.

B e h a n d l u n g. B i e r sche Stauung wirkt gut, aber genügt meist allein nicht. G u n d e r m a n n legt einen etwa 1 cm breiten Heftpflasterstreifen unter festem Anziehen zirkulär um die Basis des erkrankten Fingers, verzichtet auf jeden Verband und läßt dreimal täglich heiße Handbäder nehmen. Die Nachprüfung konnte seine guten Resultate nicht bestätigen. Dasselbe gilt auch für die Methode H ä r t e l s, welcher die erkrankte Nagelpartie dick mit grauer Salbe bestreicht, darüber ohne jede Mullschicht einige zirkuläre Heftpflasterstreifen anlegt und den Finger durch eine kleine Schiene ruhigstellt; Heilung angeblich in acht Tagen ohne Verbandwechsel. Prof. K l a p p zieht die operative Behandlung der konservativen vor: In Blutleere und Anästhesie wird der Nagelfalz in wenig Millimeter Breite soweit umschnitten, daß die den Nagelrand und die Nagelwurzel bedeckenden Teile in Keilform wegfallen. Auf diese einfache Art wird der Hohlraum, in dem die Eiterung zwischen Nagel und Nagelwall günstige Lebensbedingungen hat, beseitigt. Etwa schon vorhandene Nekrosen werden exstirpiert. Durch dieses Freilegen erzielt man in kürzester Zeit Heilung und hat fast nie Rezidive; Störungen im Nagelwachstum werden danach nicht beobachtet.

Wir entnehmen diesen Aufsatz dem soeben erschienenen vortrefflichen Buche „D a s P a n a r i t i u m“ von Prof. K l a p p und Dr. B e c k der Chir. Univ.-Klinik in Berlin (Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1923. Preis Grundzahl 8). Wir möchten aus der Einleitung dieses Buches noch folgende Sätze hervorheben: Der Mißbrauch der antiseptischen Dauerumschläge bei Panaritien scheint fast unausrottbar. Die Karbol-Dauerumschläge sind ebenso wie Lysol und auch die jetzt bevorzugte essigsaure Tonerde schädlich, vor allem, wenn offene Wunden vorhanden sind. Wenn wir heute feuchte Umschläge machen, so haben wir die Absicht, nur die feuchte Wärme wirken zu lassen, nicht aber das Antiseptikum, also genügt auch abgekochtes Wasser, Kamillentee u. dgl. Vor allem schädlich wirkt der Alkoholumschlag bei offenen Wunden, die er oberflächlich nekrotisiert. Der Zeit der alten Kataplasmenbehandlung folgte die Zeit der vorwiegenden Messerbehandlung. Weder Kataplasma oder Bäder allein noch das Messer allein sind in der Behandlung der Panaritien zur Herrschaft berufen. B i e r s Lehre stellte auch hier den Wendepunkt in unseren Anschauungen dar. Die Gewebe müssen nicht nur geschont und ihrer Eigenart nach behandelt werden, sondern sie entfalten auch unter gewissen Umständen eine erhöhte Abwehr- und Regenerationsfähigkeit. Die Entzündung läßt sich zweckmäßig durch hyperämisierende Mittel — und dazu gehören die alten Kataplasmen, die Stauung nach B i e r, die heißen Bäder, die Heißluftbehandlung usw. — steigern. Aus der Zusammenwirkung des Messers und dieser Gewebspflege setzt sich heute die Behandlung des Panaritiums zusammen. Mit Schmerzbetäubung spare man nicht. Wir haben in der

Leitungsanästhesie ein für fast alle Fälle brauchbares und wirksames Verfahren. Nur wenn der Patient den Arzt nicht fürchtet, wird er sich mit seinem Panaritium frühzeitig in Behandlung begeben.

Pseudoappendizitis; Appendizitis chronica und seröse Peritonitis.

Prof. H. Kümmel (Chir. Univ.-Klinik, Hamburg-Eppendorf) reserviert die Bezeichnung „Pseudoappendizitis“ für jene Fälle von anscheinend typischer akuter Appendizitis, bei welchen die Operation eine tatsächlich vollkommen normale Appendix ergibt. Solche Fälle beobachtet man bei Grippe, ferner nach Typhus, Paratyphus und Ruhr (Therapie: Atropin!), und auch bei rheumatischer Polyarthritis. Verwechslungen mit Pneumonien (des rechten Unterlappens, besonders bei Kindern), Peritonealtbc., Wurmkoliken, Coecum mobile u. dgl. sind nicht selten.

Die anscheinend idiopathische akute seröse Peritonitis ist fast stets die Folge einer chronischen Appendizitis mit nur geringen, oft nur mikroskopischen Veränderungen an der Appendix. Fast ausnahmslos findet man in solchen Fällen eine Druckempfindlichkeit des „K-Punktes“ (zirka 2 cm rechts und unterhalb des Nabels, „Ars Medici“ 1921, S. 484), während Mc Burney negativ ist. Nach Entfernung der Appendix schwinden seröser Erguß und die Begleitsymptome definitiv. Das gleiche gilt von den Fernsymptomen der chronischen Appendizitis, wie Magenschmerzen, Nabelschmerz der Kinder mit positivem K-Punkt.

Der Münchner Gynäkologe A. Müller hat neuerdings darauf aufmerksam gemacht, daß die häufigen Unterleibsbeschwerden der Frauen und Virgines sich als Folgen des so häufig die chronische Appendizitis begleitenden serösen Exsudates erweisen, wenn Gonorrhoe und andere Ursachen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Durch Entfernung der Appendix konnten einige hundert Fälle geheilt werden. Auch hier ist der positive K-Punkt diagnostisch entscheidend. Gewöhnlich wird das Aufflackern der Beschwerden während der Menstruation auf die Genitalorgane zurückgeführt und an eine chronische Appendizitis gar nicht gedacht. (Die Ther. d. Gegenw., H. 4, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Entzündliche Adnexerkrankungen — Novotropin.

Akute Adnexerkrankungen behandelt man am besten mit Bettruhe, Eisblase und Narkotizis. Bei den veralteten chronischen Fällen haben Bäder, Diathermie, resorbierende Kuren mit Thigenol, Ichthyol usw. noch die relativ besten Erfolge; versagen sie nach langer Behandlungsdauer, so bleibt meist nur die Operation übrig. Die Therapie der subakuten Adnexerkrankungen wurde in letzter Zeit durch die Einführung der parenteralen Eiweißtherapie in ganz neue Bahnen gelenkt. Küstner (Univ.-Frauenklinik, Breslau) berichtet nun über ein neues Pflanzeneiweißpräparat „Novotropin“ (Chem. Werke, Grenzach), von welchem er bei frischen und subakuten Adnexentzündungen gute Erfolge sah. Von den fertigen Ampullen soll das erste Mal ½ cm^3, später je 1 cm^3 in Abständen von drei bis vier Tagen intravenös injiziert werden. Man kann aber je nach Bedarf die Intervalle auch etwas verlängern oder auf je 48 Stunden verkürzen. Eine bis eineinhalb Stunden nach der ersten Injektion bekommt die Patientin einen schweren Schüttelfrost von 10 bis 15 Minuten Dauer und Temperatursteigerung auf 38.5 bis 40.5°. Bedrohliche Erscheinungen kamen dabei nie

vor. Während des Schüttelfrostes verstärken sich die Schmerzen. Am nächsten Tage befindet sich die Kranke vollkommen wohl, ihre ursprünglichen Schmerzen sind verringert oder geschwunden. Nach drei Tagen folgt die zweite Injektion; der Schüttelfrost ist weniger schwer, obwohl die doppelte Menge Novotropin injiziert wird, und das Fieber ist um ½° geringer als nach der ersten Einspritzung. Bei der fünften bis sechsten Spritze tritt kein Schüttelfrost und kein Fieber mehr auf. Nach drei bis vier Injektionen können die meisten Kranken das Bett verlassen, nach fünf bis sechs Einspritzungen sind sie geheilt.

Die Wirkung ist um so besser, je stürmischer die ersten Reaktionen ausfallen. In veralteten Fällen fehlt oft die stürmische Reaktion und dann meist auch der Heilerfolg. (Klin. Wschr. Nr. 18, 1923.)

Wann soll die Hebamme innerlich untersuchen?

Es ist gut, den Hebammen hiefür klare Richtlinien vorzuschreiben. Abernetty (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Festschrift f. Prof. Winter) stellt folgende fünf Indikationen auf: 1. Kann die Hebamme die Kindeslage oder den Stand der Geburt nicht schon durch die äußerliche Untersuchung erkennen, so muß sie innerlich untersuchen. 2. Stand zur Zeit des Blasensprunges der vorliegende Teil noch beweglich über dem Beckeneingang, so ist unmittelbar nach dem Blasensprung innerlich zu untersuchen, ob die Nabelschnur vorgefallen ist. 3. Bei starker, lebensgefährlicher Blutung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt muß die Hebamme, wenn Längslage besteht und Wehen vorhanden sind, bei Abwesenheit eines Arztes innerlich untersuchen. Sie wird meist Placenta praevia feststellen und soll, wenn größere Partien oder überall Mutterkuchen vorliegt, eine saubere Tamponade ausführen, bei nur teilweise vorliegender Plazenta die Blase sprengen. 4. Wenn ein Geburtshindernis von seiten des kindlichen Kopfes oder 5. von seiten des Beckens vorliegt, ist die innere Untersuchung ebenfalls angezeigt.

Robert (Univ.-Frauenklinik, Kiel) bemerkt zu Punkt 2, daß in diesen Fällen der Hebamme besser vorzuschreiben ist, die kindlichen Herztöne unmittelbar nach dem Blasensprung genau zu beobachten und bei Änderung der Schlagfolge über die gewöhnlichen Grenzen hinaus Beckenhochlagerung vorzunehmen und den Arzt zu rufen. Bei Placenta praevia soll die Hebamme nur dann eingreifen, wenn kein Arzt zugegen und auch in naher Zeit nicht zu erreichen ist. Meist ist die Blutung im Anfang nicht so stark, und es kann auf den Arzt gewartet werden. Zu Punkt 5 wäre den Hebammen besser folgendes vorzuschreiben: Stellt die Hebamme vor oder unter der Geburt bereits durch die äußere Untersuchung ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken fest, so muß sie einen Arzt rufen; ebenso, wenn der Kopf nach vorausgegangener guter Wehentätigkeit und nach dem Blasensprung nicht sicher tief und fest im Becken getastet wird. — Dagegen ist bei Verdacht auf tiefen Querstand die innere Untersuchung angezeigt. Der Hebamme ist also einzuprägen: Schreitet die Geburt in der Austreibungsperiode trotz guter Wehentätigkeit innerhalb von zwei Stunden nicht merklich vorwärts, so untersuche die Hebamme innerlich. Stellt sie einen tiefen Querstand fest, so lagere sie die Frau auf die Seite der kleinen Fontanelle. Schreitet die Geburt jetzt nicht merklich vorwärts oder treten bedrohliche Zeichen von seiten der Mutter oder des Kindes auf, rufe sie den Arzt.

Zusammenfassend ist also nach Robert die innere Untersuchung durch die Hebamme notwendig: 1. wenn die äußere Untersuchung zu keinem klaren Ergebnis führt; 2. bei Verdacht auf vorliegenden Mutter-

kuchen, wenn ärztliche Hilfe in nächster Zeit nicht zu erreichen ist und die Blutung an Stärke zunimmt; 3. bei Verdacht auf tiefen Querstand. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 14, 1923.)

Zur Klinik des Klimakteriums.

Wollstein (III. Med. Univ.-Klinik, Berlin) untersuchte 31 klimakterische Frauen klinisch. Blutdrucksteigerung fand sich nur in der Hälfte der Fälle mit Ausfallserscheinungen; in wenigen Fällen sogar unternormaler Blutdruck. Es fand sich keine Blutdrucksteigerung, die nicht auf andere Ursachen (Adipositas, Arthritis urica, Arteriosklerose) bezogen werden könnte. Zwischen Blutdruckhöhe und Stärke der Beschwerden konnte kein gesetzmäßiges Verhältnis festgestellt werden. Adipositas zeigte sich bei einem Drittel der Frauen, stand jedoch meist nicht in unmittelbarem Zusammenhange mit der Menopause. Arthritis urica atypica fand sich bei fünf Sechstel der Klimakterischen, meist mit Gelenkschmerzen verbunden. Arteriosklerose wiesen über die Hälfte der Untersuchten auf, Herzveränderungen über ein Drittel.

Bei den Patientinnen, deren Hauptbeschwerden vaskulärer Natur waren (Wallungen, Schweißausbrüche, Herzklopfen), wurde therapeutisch Klimasan („Ars Medici“ 1922, S. 284) gegeben. Jede Tablette dieses Mittels enthält 0.5 Theobrominum calcio-lacticum und 0.0002 Nitroglyzerin. Der Erfolg war fast immer ein ausgezeichneter, hielt aber nur so lange an, als die Klimasangaben fortgesetzt wurden. Etwa eine Woche nach Aussetzen des Mittels traten die Beschwerden neuerlich auf, um bei weiteren Klimasangaben wieder prompt zu verschwinden. Störende Nebenwirkungen der Klimasan-Medikation kamen nicht vor. (D. m. W. Nr. 13, 1923.)

Nachgeburtsblutungen.

Prof. Opitz (Freiburg i. B.): Prophylaktisch vermeide man vor allem die von der Ungeduld der Kreißenden und der Angehörigen häufig geforderte Entbindung vor genügender Eröffnung des Muttermundes und die vorzeitige Verabreichung von Wehenmitteln. Oft ist bei schleppender Geburt oder Nachgeburt die Verabreichung von Zucker als Verbrennungsmaterial und von Morphium zweckmäßiger, um dem Uterus Zeit zur Erholung zu lassen. Nicht unbedenklich sind die Expression des Fötus nach Kristeller, häufige und unzarte äußere Untersuchungen während der Geburt, überflüssiges Reiben des Uterus in der Nachgeburtszeit. Stets lasse man, wenn möglich, die Naturkräfte auswirken! Lassen Anamnese und Befund Nachgeburtsblutungen befürchten (Überdehnung des Uterus durch Mißbildungen, Hydramnios, häufige Schwangerschaften, Menorrhagien, Infantilismus), so gebe man prophylaktisch im Augenblick des Durchschneidens des Kopfes oder während der Vorbereitung zu einer operativen Entbindung 2 cm^3 Sekakornin muskulär (das sonst als Wehenmittel während der Geburt verpönt ist) und wiederhole diese Dosis nach einer Stunde, da nach Aufhören der Sekalewirkung Erschlaffung eintreten könnte. Auch später noch muß dann der Uterus durch drei bis vier Stunden überwacht werden.

Bei bereits eingetretener Blutung, die nicht bald aufhört — der physiologische Blutverlust in der Nachgeburtszeit beträgt ½ l, welche Menge auch auf einmal abgehen kann — injiziere man 2 cm^3 Sekakornin muskulär, eventuell gleichzeitig Pituglandol (das beste Hypophysenpräparat) venös; in bedrohlichen Fällen lege man sofort die Sehrtsche Aortenklemme an, die schon viele Frauen vor der Verblutung geschützt hat und zum

Rüstzeug jedes Praktikers gehören sollte. Der Momburg-Schlauch kann zu tödlichen Quetschungen lebenswichtiger Organe führen! Die Technik ist einfach: Man sucht sich die Aorta vor der Wirbelsäule, etwas oberhalb des Nabels auf, streicht die Därme beiseite, legt daselbst die Pelotte an und schraubt die Klemme allmählich zu, bis der Puls in der Femoralis schwindet. Die Klemme kann 20 bis höchstens 30 Minuten liegen bleiben, um dann allmählich geöffnet zu werden. Jedenfalls ist zunächst die Plazenta zu entfernen, da Rißblutungen erst hernach am besten versorgt werden können. Gelingt der Credésche Handgriff (Blase entleeren, Uterus durch Reiben und Kneten zur Kontraktion bringen und auf der Höhe derselben mit beiden Händen umfassen und gleichzeitig ins Becken drücken) nicht, so ist er in Narkose nach Händedesinfektion zu wiederholen; gelingt er auch jetzt nicht, so Scheidenspülung mit H_2O_2 und manuelle Entfernung. Blutet es auch bei fest kontrahiertem Uterus, so handelt es sich um eine Rißblutung.

Wenn die mechanischen Reize und heiße Scheidenspülungen nicht zur gewünschten Dauerkontraktion führen oder nach Lösung der Aortenklemme die Blutung wieder einsetzt, so ist die Dührssensche Tamponade des Uterus zu empfehlen, die sechs bis zwölf Stunden liegen bleiben kann. Entfernung derselben nach Sekakornin.

Rißblutungen durch tiefes Umstechen von der Zervix aus zu versorgen, ist für die Hauspraxis bedenklich, da leicht der Ureter mit der Nadel gefaßt und unterbunden wird. Man tut viel besser, sich den Riß so gut wie möglich durch Entfalten der Scheide mit breiten Spekula und Herabziehen der vorderen und hinteren Lippe mit Hakenzangen zugänglich zu machen, dann einen dünnen Gazestreifen einzulegen, die Scheide fest zu tamponieren und den Uterus von oben her durch Verband oder Sandsäcke fest gegen die Scheidentamponade zu drücken. (M. m. W. Nr. 18, 1923.)

Plazenta praevia — Kaiserschnitt.

Wenn der Muttermund ganz oder teilweise von Plazenta überdeckt ist, das Kind lebt und lebensfähig ist, so ist nach Stöckel (Leipzig) in reinen Fällen (keine innere Untersuchung außerhalb der Klinik!) die Schnittentbindung für Mutter und Kind am günstigsten. Mütterliche Mortalität 3% gegenüber 11.5% bei anderen Methoden, kindliche Mortalität 0% gegenüber 58.9%. (Arch. f. Gyn., Bd. 117, S. 11.)

Die rektale gynäkologische Untersuchung

vor und während der Geburt hat Guggisheim (Bern) in über 11.000 Fällen ohne Fehldiagnose durchgeführt. Die Mortalität durch Infektion sank von 0.12% bei vaginaler Untersuchung auf 0%. Lediglich Placenta praevia ist rektal nicht zu erkennen. (Arch. f. Gyn., Bd. 117. S. 44.) Zur Technik empfiehlt Pankow (Düsseldorf) Anwendung eines Gummifingers und eines sterilen Billrothbattistlappens, durch dessen zentrales Loch man ins Rektum eingeht, so daß die Finger die Haut überhaupt nicht berühren. (Ibid., S. 49).

Tödliche Sublimatvergiftung von der Scheide aus.

Vor einiger Zeit wurde in der M. m. W. ein Fall von tödlicher Sublimatvergiftung bei einer Näherin veröffentlicht, die sich eine Sublimatpastille in die Scheide eingeführt hatte. Einen ganz analogen Fall bringt Thoret (Eltville). Einem 25jährigen Mädchen wurde als Antikonzipiens

eine Sublimatpastille à 0.5 vaginal eingeführt. Sofort brennende Schmerzen, nach einigen Stunden hochgradiges Ödem, am nächsten Tage grauweiße Beläge, am dritten Tage Stomatitis, Durchfälle, Anurie, Nekrose der Vaginal- und Dickdarmschleimhaut. Therapeutisch blieb alles erfolglos, exitus am siebenten Tage. Die Obduktion ergab die typischen Zeichen der Sublimatvergiftung.

Daß auch vaginale Sublimatspülungen den Tod herbeiführen können, beweist unter anderm ein von M. C. Sexton im Journ. of the Amer. med. assoc. 78, 1922, veröffentlichter Fall. (M. m. W. Nr. 18, 1923.)

Zur Behandlung der weiblichen Harnröhrengonorrhöe.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Dozent R. Franz (Wien).

Die Harnröhre ist 7 bis 8 cm lang und verläuft hinter der Schoßfuge. Eitriger Ausfluß aus derselben spricht höchstwahrscheinlich für Gonorrhöe. Zum Nachweis der Gonokokken geht man mit dem Zeigefinger in die Scheide ein und massiert die Harnröhre von oben nach unten durch Druck gegen die Schoßfuge, oder man legt für einige Stunden einen Probetampon in die Harnröhre ein. Die Behandlung erfolgt mit der Neisser-Spritze, wie beim Mann, oder durch Wattetampons von der Länge und Stärke einer mittleren Stricknadel, die an einem Ende aufgerauht sein muß. Der eingeführte Tampon wird mit dem Zeigefinger in der Scheide allseits an die Harnröhrenwand angedrückt (einmal täglich), damit das Medikament möglichst tief in die Schleimhautfalten eindringt. Man wechsle mit den verschiedenen Silberpräparaten in jedem Falle ab und verwende im akuten Stadium nur milde Konzentrationen. Für ältere Fälle eignet sich besonders 2 bis 5% Jodtinktur. Die Harnröhrenstäbchen eignen sich namentlich zur Selbstbehandlung: Rp: Ag. protein. 0.4, Butyr. Cacao 0.9, fiant bac., urethr. crass. 3 mm, long. 50 mm; oder Rp: Gonostyli Albargini 1% (Beiersdorf); oder die wasserlöslichen Cholevalstäbchen (Merck), die stärker wirken, aber etwas schmerzen; ebenso die 5% Protargolstäbchen „Delegon" (Bayer). Nach Einführung des Stäbchens Wattetampon und fünf Minuten Ruhelage. Bei chronischen Urethritiden Unterstützung durch Vakzine- und Reizkörpertherapie (2 bis 10 cm³ 2% Kollargol Heyden venös, 10 cm³ Milch oder Aolan glutäal, alle fünf bis sechs Tage). Heilung kann erst dann ausgesprochen werden, wenn wiederholte Provokation (Massage der Harnröhre, heiße Spülung, 10% Lapis lokal, 0.5 Arthigon muskulär u. dgl., am besten kombiniert) negative Gonokokkenbefunde ergibt. (W. kl. W. Nr. 17, 1923.)

Kinderheilkunde.

Enuresis — Diathermie.

Büben hatte an der I. Budapester Univ.-Frauenklinik beobachtet, daß aus gynäkologischen Gründen angewandte Thermopenetration die Blasenfunktion besserte. Er hat daher bei zwölf Fällen von Enuresis nocturna (neun Kinder, drei Erwachsene) systematisch Diathermie angewandt und recht gute Erfolge erzielt. Er nahm die Behandlung wöchentlich dreimal vor, indem er eine kleine, mit Thermometer versehene Elektrode in die Vagina einführte und als äußere Elektrode eine handtellergroße Bleiplatte oberhalb der Symphyse applizierte. Wenn diese „extravesikale" Methode nicht zum Ziele führte, ging er zur „intravesikalen"

Behandlung über. Er verfertigte einen gut auskochbaren, am Ende mit Hahn versehenen Metallkatheter, dessen verschmälerter mittlerer Teil durch mit Seide durchsponnenen Gummi isoliert wird. Durch diesen Katheter füllt er mit einer größeren Spritze die Blase je nach ihrer Kapazität mit physiologischer Kochsalzlösung, welche den Strom gut leitet. Nach der Füllung schließt er den Hahn und gebraucht den Katheter selbst als Elektrode. Als äußere Elektrode wird auch hier eine Bleiplatte über der Symphyse appliziert. Bei der Behandlung wird der Strom durch die Salzlösung auf die Blasenwand in ihrem ganzen Umfange geleitet. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 15, 1923.)

Epileptiforme Anfälle bei Kindern — Luminal.

Prof. J. Zappert (Wien) hält das Luminal für kleine Kinder für wertvoller als das Brom. Namentlich die kleinen Anfälle (petit mal) werden durch Luminal meist gut beeinflußt, während Brom häufig wirkungslos bleibt. Auch bei tonischen und klonischen Krämpfen ist Luminal oft ausgezeichnet. Das Mittel kann lange Zeit hindurch gegeben werden, ohne zu schaden oder kumulierend zu wirken. So gibt Autor einem nun siebenjährigen Knaben seit dreieinhalb Jahren erfolgreich allabendlich 0.025 g (früher 0.05); beim Versuch, das Mittel nur dreimal wöchentlich zu geben, traten sofort wieder Krämpfe auf. Gewöhnlich gibt Autor 0.05 g Luminal einmal täglich am Abend. Bei Kindern unter fünf Jahren gibt man zuerst einige Male nur ein halbes Pulver, um zu sehen, ob das Kind vielleicht eine Überempfindlichkeit gegen Luminal aufweist. Luminalnatrium kommt für die Kinderpraxis weniger in Betracht. Die Kombination mit Brom ist nur bei deutlichen Konvulsionsanfällen notwendig. Man gibt am besten ein- bis zweimal im Monat durch vier Tage 1 bis 2 g Bromnatrium täglich und sonst dauernd Luminal. Häufige tonische oder klonische Krämpfe sind aber bei Kinderepilepsie nicht die Regel, sondern erwecken eher den Verdacht auf irgend ein anderes Hirnleiden (zerebrale Lähmungen, diffuse Sklerose, Syphilis, Neoplasma usw.).

Wenn kein Brom gegeben wird, so ist auch eine salzarme Diät überflüssig. An Bromtagen gibt man an Stelle von Salz das Sedobrol, das in ungesalzener Suppe recht gut schmeckt und pro Würfel 1.1 g Bromnatrium enthält. (W. m. W. Nr. 18, 1923.)

Keuchhusten — Yatren.

Schmuckler (Liegnitz) hatte vorzügliche Erfolge bei 62 Fällen von Keuchhusten. Er injiziert jeden zweiten Tag intramuskulär 3 bis 5 cm³ einer vom Apotheker frisch bereiteten und sterilisierten 5%igen Lösung von Yatren. Nur bei ganz kleinen Kindern beginnt er mit 3 cm³, sonst gibt er fast immer 5 cm³. Nur in einem besonders schweren Falle gab er neun Injektionen in täglicher Folge, sonst immer jeden zweiten Tag eine Injektion. Im Ganzen wurden sechs bis zehn Injektionen verabfolgt. Nach der zweiten Injektion pflegt sich eine Steigerung der Anfälle einzustellen, worauf die Eltern vorzubereiten sind. Schon nach der dritten bis vierten Injektion hört das Erbrechen auf und werden die Anfälle seltener. Kinder, die bei Beginn der Behandlung kein Erbrechen hatten, bekamen auch keines. Yatren ist das einzige Mittel, das nach der reichen Erfahrung des Verfassers, bei allen Fällen wirkte. Die Behandlung ist dabei billig. Schädliche Nebenwirkungen traten nie auf. (D. m. W. Nr. 15, 1923.)

Die Besonderheiten der kindlichen Nephritis.

Von L. Mendel (Essen).

Säuglingsnephritis wird oft lange übersehen. Sie kommt als echte (pathologisch-anatomisch nachweisbare) Nierenentzündung oder als „funktionelle Nephrose“ (kein pathologisch-anatomischer Befund, aber Eiweiß, Zylinder, Nierenepithelien, keine oder nur sehr wenig Erythrozyten) meist im Anschluß an innere Erkrankungen, aber auch solche leichtester Art (banale Erkältungsinfekte, Indigestion) vor. Man untersuche daher in solchen Fällen stets den Harn. Die Behandlung besteht bei beiden Formen in Beseitigung des Grundleidens und vermehrter Flüssigkeitszufuhr.

Die Nierenentzündung im späteren Kindesalter ist wie die der Erwachsenen nach dem Volhardschen Schema einzuteilen:

1. Nephrosen. Bei fehlender Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie bestehen enorme Ödeme, auch Aszites und Hydrothorax. Minimale Diurese, hohes spezifisches Gewicht (zuweilen bis über 1050) und Eiweißmengen von 10 bis 50°/oo. Urin makroskopisch frei von Blut, mikroskopisch zuweilen spärliche Erythrozyten. Sediment hauptsächlich Zylinder, verfettete Epithelien, Leukozyten und lipoide Substanzen. Da die Stickstoffausscheidung genügend ist, kommt es trotz Oligurie fast nie zu urämischen Erscheinungen. Beim Kinde kommt die Nephrose in akuter oder chronischer Verlaufsform vor. Der Schulfall der akuten Nephrose beim Kinde ist die Diphtherienephrose; der Befund ist hier, wie oben beschrieben, nur pflegen die die Ödeme zu fehlen. Die Therapie besteht in Serumbehandlung, und zwar in um so energischerer Serumzufuhr (am besten teils intravenös, teils intramuskulär), je krankhafter der Urinbefund ist. Nach Ausheilen der Diphtherie schwinden alle Nierenerscheinungen in ein bis zwei Wochen. — Das Paradigma der chronischen Nephrose ist die ihrer Ätiologie nach unbekannte genuine Nephrose, die Heubner seinerzeit als nicht hämorrhagische Form der chronischen Nephrose des Kindesalters beschrieben hat. Auch hier entscheidet nicht die Schwere der Nierenerkrankung über den Ausgang, sondern die durch die Ödeme heraufbeschworene Gefahr einer Pneumonie, eines Erysipels u. dgl. — Die Therapie der kindlichen Nephrose unterscheidet sich wenig von der bei Erwachsenen. Die ausschließliche Milchdiät gilt heute (wie bei allen Nierenentzündungen) als überwundener Standpunkt. Die extreme Durstkur läßt sich beim Kinde nicht durchführen; man gestatte etwa ¾ l Gesamtflüssigkeit täglich. Die Kost muß natürlich reizlos und salzarm sein, dagegen braucht man Fleisch und andere stickstoffhaltige Nahrungsmittel nicht zu fürchten, da ja keine Urämiegefahr besteht. Als Diuretika, verwendet man, da die Ödeme extrarenaler Natur sind, Medikamente, deren diuretischer Angriffspunkt in den Geweben liegt (sogenannte „Gewebsdiuretika“), am besten Thyreoidin und Harnstoff. Man beginnt mit dreimal täglich 0.1 g Thyreoidin und kann je nach dem Erfolge bis 0.9 g täglich steigen. Kommt es einmal zu beginnenden thyreotoxischen Erscheinungen, so genügt das Aussetzen der Medikation zu deren schneller Behebung. Doch hilft Thyreoidin nicht in allen Fällen. Sicherer wirksam ist der Harnstoff, jedoch nur in großen Dosen. Man beginnt mit 20 g täglich; Mengen von 40 bis 50 g täglich werden anstandslos vertragen, wenn man nur den bitteren Geschmack des Mittels gut korrigiert. Die Entwässerung geht dabei recht stürmisch vor sich. Andere Diuretika und Schwitzprozeduren wirken selten; Punktion eines Aszites ist besser zu vermeiden.

2. Hämorrhagische Nephritiden. Am wichtigsten sind zwei Formen: die diffuse Glomerulonephritis und die Herdnephritis. Das

pathognomonische Symptom der diffusen Glomerulonephritis ist die Blutdrucksteigerung. Die Herdnephritis zeichnet sich durch die besonders starke Hämaturie aus. Die Stärke der Ödeme ist bei beiden Formen wechselnd, ebenso die Beteiligung des Herzens. Der Harn ist gewöhnlich schon makroskopisch blutig gefärbt, eklamptische Urämie ist häufig. Die Menge des Urins hängt vom Grade der Ödeme ab, die Eiweißausscheidung von der Stärke des nephrotischen Einschlages. Die diffuse Nephritis heilt beim Kinde meist bald aus, während die Herdnephritis einen eminent chronischen, oft über Jahre sich hinziehenden Verlauf nimmt. — Die Blutdruckmessung entscheidet nach dem Gesagten zwischen diffuser Glomerulonephritis und Herdnephritis; doch ist sie bei Kindern nicht einfach. Die Manipulation beunruhigt das Kind, macht die Messung zuweilen ganz unmöglich oder zeitigt zu hohe Werte. Erst bei wiederholter Messung gewöhnt sich das Kind an diese, und nur wiederholt gleich hohe Ergebnisse sind zu verwerten. Im allgemeinen beträgt der Blutdruck bei einem gesunden fünfjährigen Kinde 80 mm Hg und mit zehn bis zwölf Jahren 100 bis 120 mm Hg. — Zur auslösenden Ursache der Nephritis ist zu sagen, daß ein und derselbe Infekt einmal eine diffuse Glomerulonephritis, das andere Mal eine Herdnephritis auslöst. Die Scharlachnephritis ist aber immer eine diffuse. Viel zu wenig beachtet ist die Impetigo-Nephritis (vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 18); wie jeder Arzt in der dritten Scharlachwoche den Harn untersucht, so sollte er es sich auch zur Pflicht machen, bei jedem impetiginösem Ekzem den Urin zu kontrollieren. Die Impetigonephritis ist bald eine diffuse, bald eine Herdnephritis. Wichtig für die Ätiologie sind noch: Angina, Otitis media, Purpura, Gelenkrheumatismus und Grippe. Die Herdnephritis tritt gewöhnlich schon gleichzeitig mit der auslösenden Krankheit, die diffuse Nephritis erst einige Zeit später auf; dieser Umstand ist diagnostisch verwertbar. — Die Therapie der Herdnephritis ist einfach. Da die Nierenfunktion nicht gestört ist, erübrigt sich eine besondere Diät. Bettruhe ist zu empfehlen, bis die Stärke der Hämaturie etwas nachgelassen hat. Später aber spricht die Anwesenheit von Blut im Harn nicht dagegen, daß die Kinder zur Schule geschickt werden und ihrer gewohnten Lebensweise nachgehen. Die Grundkrankheit ist natürlich im Auge zu behalten; treten z. B. bei Angina immer erneute Schübe von Nephritis auf, so ist die Tonsillektomie in Erwägung zu ziehen. — Die Therapie der diffusen Nephritis muß aktiver sein. Haben wir die typische Harnsperre mit Ödemen, Blutdrucksteigerung, womöglich gar mit Herzerscheinungen vor uns, so muß die Diurese in Gang gebracht werden. Zu Eklampsie und Urämie darf man es heutzutage nicht kommen lassen. Von der Volhardschen Durstkur ist bei der Kindernephritis nichts zu erwarten. Die Therapie der Wahl ist die Zuckerwassertherapie. Die ausschließliche Kost der ersten drei Tage besteht in je nach dem Alter täglich 500 bis 750 cm³ Flüssigkeit mit 250 bis 300 g Zucker. Das ist eine exquisite Schonungstherapie der Niere. Sie wäscht außerdem den Körper aus, indem das Verbrennungswasser des Zuckers zur Ausschwemmung der angehäuften Schlacken beiträgt. Bei der Darreichung ist nur darauf zu achten, daß das Zuckerwasser in kleinen Portionen dargeboten wird, da infolge des selbst für ein Kind sehr süßen Geschmackes leicht Brechreiz eintritt. Will man durchaus korrigieren, so kann man etwas Fruchtsaft hinzufügen. Erlauben es die Geldverhältnisse, so kann man den nicht süßen Milchzucker verwenden. Wenn die Herzinsuffizienz nicht etwa schon zu schwer ist, so ist die Zuckertherapie ein geradezu unfehlbares Mittel; schon am zweiten bis dritten Tage kommt die Diurese in Gang. Drei bis vier solcher Zuckertage ge-

nügen; dann geht man unter allmählicher Reduktion des Zuckers zu salz- und stickstoffarmer Kost über. (Betont sei nochmals, daß die Zuckerwassertherapie nur bei diffuser Nephritis hilft, nicht bei Nephrosen; umgekehrt ist die bei Nephrosen empfohlene Thyreoidin- und Harnstofftherapie bei diffuser Nephritis kontraindiziert). Eine Unterstützung der Zuckerwassertherapie durch Diuretika ist nicht erforderlich. Sind Exzitantien am Platze, so gibt man zugleich wegen des diuretischen Effektes Digitalispräparate, und zwar große Dosen; von Digalen oder Digipurat auch bei fünfjährigen Kindern nicht unter dreimal 30 bis 40 Tropfen täglich, und zwar so lange, bis die Pluszahl auf 80 heruntergeht; dann ist wegen der Gefahr der Digitalisintoxikation auszusetzen. Bei besonders schweren Fällen empfiehlt es sich, einleitend 0.3 bis 0.5 mg Strophantin intravenös zu verabfolgen und dann mit Digitalis fortzusetzen.

3. Die Nierensklerosen spielen natürlich beim Kinde eine untergeordnete Rolle, doch ist ihr Vorkommen sichergestellt. Manche chronische Hypertonie weist in der Anamnese eine überstandene Kindernephritis auf. (D. m. W. Nr. 20, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Akute Gonorrhoe — Abortivbehandlung mit Protargol und intravenösen Traubenzuckerinjektionen.

Prof. Scholtz und Richter (Univ.-Hautklinik, Königsberg) konnten feststellen, daß nach intravenösen Traubenzuckerinjektionen die Gonokokken sich vermehren und reichlich ausgeschwemmt werden und in diesem Zustande viel leichter der Einwirkung von Silbersalzen unterliegen. Darauf fußend, bauten sie eine Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe aus, die in viel kürzerer Zeit zur Heilung führt als die Behandlung mit Silbersalzen allein.

Die Behandlung wird mit einer intravenösen Injektion von etwa 20 g Traubenzucker (Merck) (40 cm^3 einer 50%igen Lösung; auch solche fertige Ampullen bringt die Firma Merck in den Handel) begonnen, und nach etwa zwei Stunden wird mit der lokalen Injektionsbehandlung angefangen. Die Verfasser verwenden nur Protargol (wollen aber damit nach ihrer Angabe ähnliche Präparate, wie Hegonon, Albargin usw. nicht ausschließen) und lassen gleich stärkere Konzentrationen, ½ bis $^2/_3$%ige Lösungen, einspritzen. Es werden sofort über den ganzen Tag verteilt fünfmal täglich Einspritzungen vorgenommen, jedesmal zwei Tripperspritzen injiziert und je vier Minuten zurückgehalten. Mit der Dauer der Zurückhaltung des Medikamentes in der Urethra wird schnell gestiegen, so daß nach zwei bis drei Tagen jede Einspritzung sieben bis acht Minuten gehalten wird und bei der jedesmal doppelten Einspritzung sich die Einwirkung des Mittels auf etwa eine Viertelstunde erstreckt. Je nach der Verträglichkeit der Lösung — etwas Brennen muß natürlich in Kauf genommen werden — wird nun bereits vom zweiten bis dritten Tage an auch mit der Konzentration der Lösung allmählich gestiegen, und zwar in der Weise, daß der Kranke von einer 2%igen Protargollösung jeden Tag in die erste Flasche soviel hineingießt, als er im Laufe des Tages verbraucht hat. Fast ausnahmslos wird so bald eine 2 bis 3%ige Lösung vertragen. Die Traubenzuckerinjektionen (jedesmal 40 cm^3 der 50%igen Lösung) werden in der ersten Woche etwa viermal, in der zweiten zwei-

bis dreimal vorgenommen. Bei ganz frischen Tripperfällen (bis zu acht Tagen post infectionem) genügt gewöhnlich eine Behandlungszeit von acht bis zehn Tagen mit fünf bis sechs Traubenzuckerinjektionen; in älteren Fällen dauert die Behandlung zwei bis zweieinhalb Wochen, mit acht bis zehn Traubenzuckerinjektionen. Die Traubenzuckereinspritzungen sind ganz langsam (zwei bis drei Minuten) streng intravenös auszuführen; paravenös machen sie Schmerzen und Infiltrationen. — Der Kranke macht allmorgendlich selbst ein Präparat seines Ausflusses und bringt es dem Arzt mit. Ist das Präparat gonokokkenfrei, so ist noch eine Zeit lang fortzubehandeln und darauf zu achten, ob die nächste Traubenzuckerinjektion nicht neuerlich Gonokokken provoziert. Etwa zwei Stunden nach jeder Traubenzuckerinjektion ist besonders sorgfältig mit Protargol zu spritzen.

Die Erfolge waren sehr gut und die Behandlungszeit viel kürzer als vorher ohne Traubenzucker. Urethritis posterior trat bei keinem der so behandelten 59 Fälle ein. Kontraindikation ist jede Komplikation, sei es auch nur Verdickung der Littleschen Drüsen.

Die Kombinierung der Kur mit gleichzeitigen Arthigoninjektionen brachte keine Verbesserung der Resultate. (Klin. Wschr. Nr. 18, 1923.)

Durch die Ausflockungsreaktionen bei Lues

ist nach Prof. M. Joseph (Berlin) der Wunsch der praktischen Ärzte, die serologische Untersuchung bei Lues selbst auszuführen, in Erfüllung gegangen. Sie stimmen in ungefähr 90% mit der WaR. überein. Die Ausführung geschieht in einem speziellen Besteck (zu beziehen durch Skaller, Berlin N. 24, Johannisstraße 20) wie folgt:

Man bereitet sich die benötigte Extraktverdünnung, indem man für jede Untersuchung 0.1 cm³ Extrakt mit der fünffachen Menge 0.85% Kochsalzlösung verdünnt und sich eine gleichartige Alkoholverdünnung herstellt, indem man also für jeden Versuch 0.1 cm³ 96% Alkohol mit der fünffachen Menge gleicher Kochsalzlösung verdünnt. Von diesen Verdünnungen benötigt man für jeden Versuch 0.5 cm³. Außerdem setzt man zu gleicher Zeit noch eine Extraktverdünnung an, die als Extraktkontrolle dient. Die genauere Ausführung gestaltet sich also für die Sachs-Georgische Reaktion folgendermaßen. Kochsalzlösung: Man löst eine Tablette des Salzes in 10 cm³ Aqu. dest. Extraktherstellung: Man füllt Extrakt bis zur Marke 1.0 des Extraktverdünnröhrchens, schwenkt gut um und füllt noch weitere Kochsalzlösung bis zur Marke 2.5 cm³ oder, wenn mehr als vier Versuche zu gleicher Zeit angestellt werden sollen, Extrakt bis zur Marke 1 cm³, Salzlösung erst bis 2.0, dann nach kurzem Umschwenken bis zur Marke 5.0, setzt den Stöpsel auf und mischt gut durch. Alkoholverdünnung: Man gibt 96% Alkohol bis zur Marke 0.5 cm³ in das Alkoholverdünnungsrohr und von obiger Kochsalzlösung bis zur Marke 2.5 cm³ oder bei mehr als vier Versuchen Alkohol bis 1 cm³ und Kochsalzlösung bis 5 cm³ und mischt gut durch. Von dem klaren Serum füllt man 0.2 cm³ mittels einer Vollpipette in das Reagensgläschen 1 und ein gleiches Quantum in das Reagensgläschen 1 Kontrolle, nimmt die beiden Einsätze mit diesem Gläschen heraus und stellt sie in ein Wasserbad, das eine halbe Stunde lang auf einer Temperatur von 56° C erhalten werden muß. Dann werden die Einsätze wieder herausgenommen und in jedes Gläschen 0.8 cm³ Kochsalzlösung hinzugefügt und dann in das Gläschen der unteren Reihe (Hauptversuch) 0.5 cm³ Extraktverdünnung, in das Gläschen der oberen Reihe (Kontrolle) 0.5 cm³ Alkoholverdünnung. Dann stellt man die Extraktkontrolle an, indem man in das betreffende Röhrchen 0.8 cm³

Kochsalzlösung und 0.5 cm³ Extraktverdünnung gibt. Desgleichen die zwei Serumkontrollen, indem man obigen Hauptversuch mit je einem sicher positiven und einem sicher negativen Serum anstellt. Man schüttelt nun gut um und stellt das Gestell auf 12 bis 20 Stunden in den Brutschrank oder in ein Wasserbad von 37°. Dann werden die Gestelle aus dem Brutschrank herausgenommen und die Reaktion abgelesen. Bei den sicher syphilitischen Seren tritt in der klaren oder leicht opaleszierenden Flüssigkeit eine deutliche Flockung auf, die sich mit dem bloßen Auge nur schlecht, mit der Lupe aber ziemlich gut bemerken läßt, wenn man das Röhrchen gegenüber der schwarzen Glasplatte betrachtet, mit der Hand dreht und gleichzeitig durch die Lupe sich ansieht. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbg., IV., 1923.)

Urologie.

Über Nierentbc.

sprach Prof. Kümmell am 47. Deutschen Chirurgenkongreß. Die Erkrankung entsteht meist in der Marksubstanz der Niere und geht von da auf Ureter und Harnblase über. Bei Ureterverstopfung entsteht Pyelonephrose mit ihrer Mischinfektion. In 70% der Obduktionen fand man auch die andere Niere erkrankt. Die ersten Zeichen sind vermehrter Harndrang, auch Ureterkoliken und Hämaturie, die später seltener wird, Schmerzen fehlen meist. Sauer reagierender, eiterhaltiger, steriler Harn kommt nur bei Nierentbc. vor. Durch Zystoskop und Ureterenkatheter kann man frühzeitig die kranke Seite feststellen. Der Nachweis von Tbc.-Bazillen im Harn sichert die Diagnose. Herdreaktionen mit Tuberkulin erhält man erst auf große Dosen. Das qualvolle Leiden führt in 33% innerhalb zwei Jahren, in 50% innerhalb fünf Jahren zum Tode. Heliotherapie und Tuberkulin sind unwirksam, Heilung ist nur durch frühzeitige Exstirpation der erkrankten Niere möglich. Solange der Gefrierpunkt des Harns noch normal ist, soll eine schwer kranke Niere auch dann noch entfernt werden, wenn die andere Niere auch schon befallen ist. Die Blasentbc. heilt fast immer aus, wenn die zweite Niere gesund ist, doch kann die Heilung viele Monate beanspruchen. Dauerdrainage heilt die schwersten Blasenveränderungen. (Die Ther. d. Gegenw., Nr. 5, 1923.)

Diagnose.

Die Frühdiagnose der Lungentbc.

wurde am IV. Österr. Tbc.-Tag in Wien erörtert. Dozent W. Neumann basierte dieselbe auf pathologisch-anatomischen Grundlagen. Der Primärkomplex, ein kleiner peripherer, broncho-pneumonischer Aspirationsherd mit den von ihm ausgehenden geschwellten Lymphdrüsensträngen, kann auch bei Erwachsenen, eventuell wiederholt nacheinander, auftreten, wenn frühere Infektionen zu keiner andauernden Allergie geführt hatten. Liegt der Herd in der Spitze, so weist dieselbe Dämpfung und etwas trockenes kleinblasiges Rasseln auf; liegt er in der Nähe des Zwerchfelles oder des Mediastinums, so führt er zu einer rudimentären Pleuritis diaphragmatica,

bzw. mediastinalis, oft mit den Symptomen einer Herzneurose, Cholezystitis, chronischen Appendizitis, selbst Nephrolithiasis. Durchbrechen die Bazillen den Lymphdrüsenfilter und gelangen in die Blutbahn, so resultieren bei „blander Proliferation" (spärliche Invasion, geringe Virulenz der Bazillen, große Resistenz des Organismus) nur geringe, anscheinend unspezifische Entzündungen (Tbc. inflammatoire Poncet, Pleurite à repetition Piery), rheumatische Beschwerden, Kopfschmerzen, die den Kranken meist nur dann zum Arzt führen, wenn sie das Auge befallen (Skleritis, Iridozyklitis usw.) Therapie Tuberkulineinreibungen. Bei stärkerer Invasion entsteht die „virulente Proliferation", charakterisiert vor allem durch einen ganz eigenartigen scharfrandigen Milztumor bei vorhandenen Bronchialdrüsensymptomen; ferner eventuell durch irgend eine Erscheinung von chirurgischer Tbc. (Karies, Nierentbc., Hauttuberkulid, Fungus usw.), Spitzendämpfung mit lange unverändert anhaltenden Rasselgeräuschen u. dgl. Therapie: Tuberkulinkur, womöglich bis zum Schwinden des Milztumors, Heilstätte.

Die beginnende Lungenphthise verläuft in grippeähnlichen Schüben. Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Mattigkeit walten vor. Das Fieber klingt in ein bis zwei Wochen wieder ab. Dann folgt rasche Erhöhung. Ein kurzer Landaufenthalt macht die Patienten dick, fett und rosig. Der Kenner wird sich aber durch die eigentümliche phthisische Schönheit (Alabasterfarbe des Gesichtes, kirschrote Wangen und Lippen, starke Augenbrauen, lange Wimpern) nicht täuschen lassen. Über der Lunge ist ein charakteristisches Nebeneinander von älteren und jüngeren Herden zu auskultieren (Broncho-vesikuläratmen über Narben — scharf abgesetztes, zählbares, klingendes Knacken über Käseherden — feinstes Rasseln über frischen Herden). Therapie: Heilstätte, ATK subkutan usw.

Prof. J. Sorgo legt das Hauptgewicht für die Frühdiagnose auf den Auskultationsbefund (namentlich feuchte, konsonierende Rasselgeräusche), vereint mit den bekannten Allgemeinsymptomen. Praktisch bedeutsam ist das Auftreten von Herdreaktionen (Rasselgeräuschen) nach raschen Spaziergängen von ein bis zwei Stunden oder nach interkurrenten leichteren Infektionen (Anginen, Influenza), nach Sonnenbestrahlungen, während der Menstruation usw. Das Übersehen eines aktivierten Lungenherdes nach einer Grippe u. dgl. kann zum Beginn einer bedrohlichen Progredienz der Tbc. führen („Patient konnte sich seit der letzten Influenza nicht mehr recht erholen").

Nach Lindt (Aflenz) ist die Untersuchung des Auswurfes auf Eiweiß ein wertvolles Hilfsmittel zur Frühdiagnose. Negativer Ausfall ist ein Beweis gegen Tbc., bei positivem Ausfall müssen die anderen mit Gewebszerfall, Exsudation oder Transsudation einhergehenden Krankheiten (Gangrän, Abszeß, Infarkt, Lungenödem, Stauungskatarrh bei Vitium usw.) ausgeschlossen werden. Der zu untersuchende Auswurf darf keine größere Beimengungen aus Mund, Nase und Rachen (Blut, Speisereste usw.) enthalten. Patient muß vorher Mund, Rachen und Zähne gründlich reinigen. Die Koch- oder Ferrozyankaliprobe darf höchstens Opaleszenz, aber keinen Niederschlag ergeben. Ab- und Zunahme des Eiweißgehaltes sind prognostisch von großer Bedeutung.

Zur Frühdiagnostik im Kindesalter bewährt sich nach P. Widowitz ausgezeichnet die Einreibung von etwas eingeengtem Alttuberkulin (Höchst) am oberen Sternum, nachdem die Haut mit Äther entfettet, erweicht und hyperämisiert wurde. Dieses einfache und harmlose Verfahren

ist ebenso verläßlich wie die Stichmethoden. Im frühen Kindesalter ist die positive, im späteren die negative Reaktion beweisend. Die Reaktion wird am besten nach 48 Stunden abgelesen.

M. Weiss verwendet in Zweifelsfällen die intrakutane Tuberkulindiagnostik auch bei Erwachsenen. Negativer Ausfall ist nicht allzuselten, da die verbreitete Ansicht von der allgemeinen Durchseuchung mit Tbc. für die gut situierten Bevölkerungsschichten sicherlich nicht zutrifft. Man injiziert zunächst 0.0001 A. T. intrakutan, bei negativem Ausfall noch 0.001 und eventuell noch 0.01. Schon bei negativem Ergebnis der ersten Injektion ist die Wahrscheinlichkeit einer aktiven Tbc. gering. (Tbc.-Fürsorgebl. d. österr. Zk. z. Bek. d. Tbc., März 1923.)

Aus der Praxis.

Novasurol und Herzkrankheiten.

Von Dr. Ugo Grünbaum, Trieste.

Diese Zeilen sind bestimmt, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf ein wichtiges Anwendungsgebiet des Novasurols zu lenken. Die bisherigen Veröffentlichungen haben gezeigt, daß die Novasuroldiurese imstande ist, bei Ödemen und kardialem Hydrops prompt eine Besserung herbeizuführen und in manchen Fällen auch dort noch zu wirken, wo andere Medikamente versagt haben. Ich habe die gleichen günstigen Erfahrungen gemacht, möchte jedoch noch weiter gehen und behaupten, daß das Novasurol ein äußerst schätzbares Medikament in jenen Fällen von Herzerkrankungen darstellt, wo von Flüssigkeitsansammlungen noch keine Rede ist, wo jedoch subjektive Störungen oder Atemnot oder Zyanose oder Leberschwellung oder diese Symptome zusammen anzeigen, daß das Herz nicht mehr im vollen Ausmaß seiner Arbeit nachzukommen vermag. Wir waren bisher gewohnt, in solchen Fällen die Präparate der Digitalisgruppe (Digitalis, Strophantus usw.) und ferner eine lange Reihe anderer allen Ärzten wohlbekannter Herz- und Gefäßstimulantien (Kampfer, Strychnin, Koffein, Theobromin usw.) anzuwenden. Diese Mittel greifen nun mehr oder weniger am Herzen selbst an, sei es am Muskel, sei es an den Herznerven oder den Koronargefäßen — auch das diuretische Theobromin besitzt eine solche Wirkung; ferner haben diese Mittel in größerem oder geringerem Maßstabe den Nachteil der Gewöhnung, so daß man oft die Geister, welche man gebannt, nicht mehr los wird. Das Novasurol scheint jedoch im Gegensatz zu den wahren Herzmitteln das Herz selbst ganz unbeeinflußt zu lassen und nur dank seiner stark diuretischen Wirkung durch Herabsetzung der Widerstände im Kreislaufe den Herzmuskel zu schonen und ihm Zeit und Gelegenheit zu geben, seine natürlichen Heilungsbestrebungen durchzuführen, das heißt seine mit Degenerationsprodukten überlasteten Zellen von denselben zu befreien und ferner neue zu bilden, mit anderen Worten durch Hypertrophie die vermehrte Arbeitsleistung zu überwinden. Wenn wir akute Schwächezustände des Herzens beiseite lassen (wie sie z. B. bei Infektionskrankheiten auftreten) und nur chronische Zustände ins Auge fassen, bei denen das Defizit zwischen zu leistender und wirklich geleisteter Arbeit auf mehr oder weniger irreparable anatomische Veränderungen

zurückgeführt werden muß (wie z. B. Herzklappenfehler, Muskelschwäche infolge Arteriosklerose, Koronarsklerose, chronische Myokarditis, Aneurysma), so hat wohl jeder Arzt in solchen Fällen von den oberwähnten Antreibemitteln des Herzens Gebrauch gemacht. Ich glaube jedoch, daß diese Anwendungsweise — eben wegen der Entdeckung des Novasurols — heutzutage in vielen Fällen ihre Berechtigung verloren hat. Es scheint nämlich, daß Herzen, welche dauernd unter dem Einflusse der üblichen Herzmittel und Stimulantien stehen, wie schon erwähnt, einerseits nicht mehr ohne dieselben weiterarbeiten können, anderseits, wenn einmal eine größere Arbeitsleistung verlangt wird, wie z. B. bei einer interkurrierenden Pneumonie, kein wirksames Antreibemittel mehr finden und versagen, während Herzen, die nicht unter dem dauernden aufpeitschenden Einflusse eines solchen Mittels stehen, im Bedarfsfalle gut auf ein solches reagieren. Schließlich scheint es, daß alle Herzgefäßmittel bei langem Gebrauche kumulativ wirken und mehr schaden als nützen, der Kranke jedoch sich in der Lage des Trunkenboldes befindet, der bei Entziehung des Alkohols kollabiert und bei Fortsetzung der „Trinkkur" immer mehr seine Organe ruiniert.

Ich habe mir nun folgendes Behandlungsschema zurechtgelegt und als günstig erprobt: Wenn ich einen Fall in Behandlung bekomme, bei welchem bereits Herzinsuffizienz besteht oder die ersten Anzeichen einer solchen auftreten, lasse ich zuerst alle Herz- oder Gefäßmittel beiseite, auch wenn der Kranke vorher solche von anderer Seite verabreicht erhielt, und behandle ihn ausschließlich mit intramuskulären Novasurolinjektionen, deren Dosis und Frequenz je nach der Diurese und dem Allgemeinbefinden geregelt wird. Zugleich wird strenge Bettruhe und Flüssigkeitseinschränkung verordnet, bei stärkerer Agitation und Schlaflosigkeit Morphintropfen; häufige, kleine Mahlzeiten von nahrhaften Speisen in geringem Volumen. Unter dieser Behandlung erholt sich das Herz recht schnell und nun ist es Aufgabe des geduldigen Arztes durch langsames Training den Herzmuskel allmählich an immer größere Arbeitsleistungen zu gewöhnen. Ich gebrauche die Vorsichtsmaßregel, auch nach scheinbar vollständig wiederhergestellter Kompensation und subjektivem Wohlbefinden einmal in der Woche einen Bettruhetag einzuschieben und einmal im Monat eine Novasurolinjektion von 2 cm^3 zu verabfolgen. Besonders eklatant ist der Erfolg des Novasurols in solchen Fällen von Herzkrankheiten, bei denen wir uns nach den bisher gültigen Regeln veranlaßt gesehen hätten, einen Aderlaß zu machen; die Novasurolbehandlung erweist sich in diesen Fällen nicht nur günstig, sondern sogar dem Aderlasse überlegen, da man die Injektion viel häufiger wiederholen kann als eine Blutentziehung und anderseits dem Organismus die Blutzellen und andere wichtige im Blut kreisende Stoffe erhalten bleiben.

Die Kontraindikationen bei gleichzeitig bestehender parenchymatöser Nephritis und Quecksilberüberempfindlichkeit sind bekannt und solche Fälle daher streng von der Novasurolbehandlung auszuschließen.

Zusammenfassend möchte ich behaupten, daß wir im Novasurol ein gutes Mittel gegen die verschiedensten Arten von Herzkrankheiten besitzen, das in erster Linie und vor allen anderen Medikamenten in Anwendung zu bringen ist.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:

193. Ist bei Phlebitis (es handelt sich um eine rezidivierende Phlebitis bei einem Mann in mittleren Jahren) von Proteinkörpertherapie ein Erfolg zu erwarten? Was wäre, außer Ruhigstellung und Kompressen sonst noch zu tun? Dr. B. in B.

194. Seit vier Monaten behandle ich einen zwölfjährigen Knaben mit chronischem Ekzem an beiden Unterschenkeln; zeitweise treten kleine Bläschen auf. Ich dachte an eine Pilzerkrankung nach Art der Trichophytie. Verwandt habe ich 1. Salizyl-Schwefelsalbe; 2. Jodspiritus; 3. Perubalsam. Der Erfolg blieb aus. Nach einiger Zeit zeigten sich wieder kleine nässende Stellen. Dr. G. F. in R.

195. Wie erklärt sich das nächtliche Einschlafen der Finger und Arme? Hängt das mit Rheumatismus zusammen? Dr. H. H. in M.

196. Gibt es außer Anstaltsbehandlung ein Mittel zur Abgewöhnung des übermäßigen Alkoholgenusses? Dr. J. in S.

197. Ich wurde von einer Dame, deren Tochter ein hochintelligenter Herr sich mit Eheabsicht nähert, um Auskunft ersucht, ob es wahr sei, daß der präsumptive Bräutigam an Epilepsie leide. Bin ich, der ich tatsächlich Epilepsie bei jenem Herrn beobachtet habe, berechtigt und verpflichtet, die Wahrheit zu sagen? Ich glaube, ja. Dr. H. in C.

198. Ist für den praktischen Arzt ein Aortenkompressorium zu empfehlen? Welches? Bietet es nennenswerte Vorteile gegenüber dem Momburg-Schlauch? Dr. H. in K.

199. Sind tertiär-syphilitische Erscheinungen für die Umgebung des Kranken ansteckungsgefährlich? Dr. E. M. in V.

200. Bitte um Angabe eines kleinen praktischen Werkes über Chirurgie für den Landarzt. Dr. H. R. in V.

201. Welche Thermen von Mittel- oder Süddeutschland sind bei schwerer Arthritis urica (Gicht) zu empfehlen? Dr. S. in D.

202. Wer hat Erfahrungen über die Wirkung von Vakzineurin bei Ulcus ventriculi und bei Beschäftigungsneurosen. Dr. E. M. in V.

203. Wo bekommt man Injektionsspritzen ganz aus Metall? Dr. E. M. in V.

204. 42jähriger Mann leidet an beginnender Paralysis agitans und kann seinen Intelligenzberuf nur mehr mit Mühe versehen. Interne Medikation (Brom, Skopolamin usw.) hatte ebenso wie Sanatoriumsbehandlung wenig Erfolg. Wie könnte man das Fortschreiten verzögern? Wem ist etwas über die von Skala (Prag) bei P. a. ausgeführte Steinachsche Operation bekannt? Dr. N. in D.

205. Ich sah bei Anwendung von Linimentum ammoniatum, besonders bei längerer äußerlicher Behandlung, in kurzer Zeit zweimal schwere Karbunkel an der behandelten Stelle auftreten. Kann das Medikament Schuld daran sein? Dr. N. in D.

206. Ich behandle seit längerer Zeit einen Kranken mit Hemiplegie. Elektrisieren, Massage, Bäder, Jodkali bewirkten nur sehr geringe Besserung. Gibt es vielleicht ein modernes Verfahren für diese Fälle? Dr. R. in B.

207. Ich bekam heute eine Ankündigung über Novantimeristem und Antimeristem 22. Ich verwandte vor zehn Jahren einmal Meristem bei einem Brustkrebsrezidiv ohne Erfolg. Hat man Erfahrungen über die neuen Präparate? Sind sie in Wien erhältlich? Dr. T. W. in L.

208. Drei Jahre alter Knabe, seit zwei Tagen schwer krank. Temperatur 39°, Puls 100, schwach. Über der rechten unteren Lunge mittelblasiges Rasseln, sonst überall abgeschwächtes Atmen. Herz normal. Füße leicht ödematös, Unterschenkel ödematös, mit glänzender Haut. An den Füßen und Unterschenkeln vereinzelte bläulich-rötliche, bis bohnengroße Flecke, die auf Druck verschwinden, bald aber wiedererscheinen. Beim Druck auf die ödematöse Haut bleibt keine Delle. Die Flecke werden zentralwärts spärlicher, reichen vorne bis über die Knie, hinten bis zu den Glutäen. Urin klar, ohne Eiweiß. Um was handelt es sich? Dr. M. V. in K.

209. Ein 4jähriges Kind bekam von mir gegen Husten (nach „Ars Medici") folgende Medizin: Rami-Sirup, Pantopon-Sirup ana 5.0, Sirup. Thymi 20.0, Calcium lacticum 5.0, Aqu. dest. 100.0. Nach einigen Tagen meldete mir die intelligente Mutter, daß der Nachturin des Kindes ölig auf dem Wasser im Nachtgeschirr schwimme. Bei der Untersuchung des Harnes fand ich die Ferrozyankali-, Eßbach-Probe sowie die Probe mit Acid. sulfosalicylicum positiv, dagegen blieb die Kochprobe mit Zusatz von Acidum nitricum negativ. Eine später am selben Tage gelassene Harnmenge ergab mit keiner Probe Eiweiß. Wie erklärt sich dieser Vorgang? Dr. A. R. in P.

210. Ich wurde etwa zwölf Stunden nach der Geburt eines gesunden Kindes zu der Mutter desselben gerufen; die Hebamme ließ mir sagen, daß aus der Scheide der Entbundenen eine Geschwulst herausrage. Ich fand bei der Frau ein kindskopfgroßes, rundes, ziemlich festes Hämatom an der Scheide, welches sich mit einem breiten Stiel in das geborstene linke Labium fortsetzte. Das Hämatom ließ sich leicht entfernen, die etwa 12 cm lange Wunde im linken Labium heilte ohne Naht in wenigen Tagen. Wie ist die Entstehung eines so mächtigen Hämatoms zeitlich und räumlich zu erklären? Die Hebamme, eine alte und indolente Frau, behauptet, bei der Entbindung nichts bemerkt zu haben. Dr. A. R. in P.

211. 48jähriger, rüstiger Herr klagt, daß sich bei der Erektion des Penis das vordere Drittel desselben nach oben abdrehe, respektive umbiege, so daß Impotentia coeundi resultiert. Am Penis konnte ich keine Abnormität, Narbe oder Infiltration entdecken. Dr. A. R. in P.

212. 50jähriger Beamter mit Cholelithiasis leidet — auch in der anfallsfreien Zeit — an höchst lästigem Aufstoßen (Blähungen). Alkalien wirkungslos. Was ist gegen dieses Übel zu tun? Dr. J. K. in J.

213. Eine 29jährige, im sechsten Monat schwangere (IIpara) Frau hat seit fünf Monaten häufig wiederkehrende Leberkoliken (Cholezystitis). Kann man ohne Gefahr für die Frucht Morphiuminjektionen anwenden? Oder wie sind sonst die Schmerzen zu lindern? Dr. J. K. in J.

214. Eine 21jährige Patientin, ledig, leidet seit ihrem zwölften Lebensjahre an Psoriasis vulgaris. Im Jahre 1914 trat im Anschluß an Muskelrheumatismus Chorea minor mit Endokarditis auf; nach Abklingen dieser Krankheit bestand die Psoriasis weiter und wich trotz aller angewandten Mittel nicht. Es war lediglich nur zu erzielen, daß die Schuppung aufhörte und nur rote Flecken übrig blieben. Vor 14 Tagen trat nach einer Angina lacunaris wieder leichter Muskelrheumatismus auf und im Anschluß daran eine frische Aussaat der Psoriasis über den ganzen

Körper, so daß neben den alten Herden die neuen Effloreszenzen bestehen. Dabei seit Jahren starker Haarausfall. Bemerkt wird daß gegen Arsen eine Idiosynkrasie besteht, da nach Gebrauch davon sofort ein roseolaähnliches Arzneiexanthem auftritt. Seit etwa einem halben Jahre wird eine Zunahme des Halsumfanges beobachtet (Struma parenchymatosa). Patientin ist sonst gesund, hat nur starke Menstruationsschmerzen. Sie will heiraten und drängt auf eine erfolgreiche Behandlung. Dr. W. in E.

215. Zweijähriges Mädchen hat seit eineinhalb Jahren dicken Leib, der Leib hat im letzten halben Jahre nicht mehr zugenommen. Nach Ansicht verschiedener Autoritäten ist die Ursache eine Leberzyste, Zyste der rechten Nebenniere o. dgl. Echinokokkus laut Blutuntersuchung negativ. Soll man bei dem Kind, das keinerlei Beschwerden hat, über guten Appetit verfügt und sehr munter ist, eine Laparatomie vornehmen, wie sie an mehreren Kliniken angeraten wurde oder kann man einstweilen abwarten?
Dr. K. in Z.

216. Siebenjähriger Knabe bekommt Spasmus glottidis, besonders wenn man ihm einen Löffel oder eine Tasse mit Milch, Wasser o. dgl. darreicht. Temperatur 39°, Puls 140. Später verallgemeinern sich die Krämpfe auf den ganzen Körper und äußern sich in heftigen Jaktationen, Kaubewegungen des Mundes, Unruhe und Irrereden. Fieber wechselt mit Schweißausbrüchen, Salivation. Aus der Anamnese geht hervor, daß das Kind im August vorigen Jahres von einem tollwütigen Hunde gebissen worden ist, sofort aber in die entsprechende Anstalt geschickt und dort drei Wochen behandelt wurde. Ist trotzdem Lyssa möglich? Chloralhydrat, Morphium und Pituglandol ohne Erfolg. Was wäre zu tun?
Dr. R. L. in J.

217. Jahrelang habe ich Dungerns Syphilisdiagnostikum mit gutem diagnostischen Erfolge verwendet. Dasselbe wird leider nicht mehr erzeugt. Sind die für die Wassermann-Untersuchung notwendigen Präparate in handlicher und stets gebrauchsfertiger Form zu erhalten?
Dr. A. W. in R.

218. 16jähriges Mädchen leidet seit ihrem 13. Lebensjahre an epileptischen Anfällen. Die Menstruation hat sich erst im 15. Jahre eingestellt. Die Anfälle treten jetzt nach monatelanger Brom-Luminal-Behandlung nur zur Zeit der Menses, welche immer sehr schwach sind, auf; In der Zwischenzeit kein Anfall. Therapie? Dr. J. P. in T.

219. Kleinkind, schwächlich, aber aus gesunder Familie, leidet seit drei Jahren in der Sommerzeit an urtikariaähnlichem, stark juckendem Hautausschlag. Übliches Vorgehen (Hefe, Blutreinigungstee, Salbenbehandlung) bisher ohne Erfolg. Einspritzungsbehandlung nicht durchführbar. Welches Vorgehen verspricht Erfolg? Dr. F. K. in O.

220. In letzter Zeit beobachtete ich öfter Cholezystitis mit entzündlichen Adnexerkrankungen zusammen auftreten. Ist zwischen diesen beiden Leiden ein Zusammenhang bekannt und besteht darüber Literatur? Dr. M. L. in G.

221. Welches Buch wäre zu empfehlen, das über die Verschreibung und Dosierung der heimischen Arzneipflanzen Auskunft gibt. Das sicherlich gute Buch von Schulz „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen“ sagt über die Höhe der Dosis sowie darüber, wie die Drogen auf einem Rezept zu benennen und zu verschreiben sind, meist nichts. Dr. L. F. in S.

222. Welches Buch über die neuesten Arzneimittel (möglichst in diesem Jahre erschienen) ist dem praktizierenden Arzt zu empfehlen? Dr. R. in L.

223. Ein 30jähriger, mittelkräftiger, gesunder, nüchterner, sehr intelligenter Mann, der sich eines gesunden Nachtschlafes (sechs bis sieben Stunden) erfreut, klagt, daß er häufig plötzlich am Tage von einer großen Müdigkeit übermannt wird, so daß er sogar in einer Gesellschaft etwa eine halbe Stunde schlafen muß. Nach seiner Angabe ist dieses Leiden in seiner Familie erblich. Was ist dagegen zu tun? Literatur? Dr. R. in L.

224. Wo finde ich die Arbeiten des Dozenten W. Neumann (Wien) über Tbc.? Dr. N. in V.

225. Was verordnet der Landarzt gegen Zahnschmerzen? Dr. S. in M.

226. Bitte um Angabe einer Therapie bei Leber-Aszites. Alle drei Tage 2 cm³ Novasurol intraglutäal erhöhten die Urinmenge von 350 auf 1500; dann aber ging sie auf 500 zurück. Bei jeder neuen Injektion 1500, dann wieder 500. Jetzt aber werden 500 cm³ trotz Novasurol nicht mehr überschritten. Flüssigkeitszufuhr auf 300 g Milch täglich eingeschränkt. Punktion wird verweigert. Karell-Kur ohne Erfolg. Wie beseitige ich den starken Aszites? Dr. S. in M.

227. Wie lautet das Rezept der in „Ars Medici" 1923, S. 213, empfohlenen indifferenten Wachssalbe nach Prof. Schwimmer? Dr. H. in E.

228. Wie steht es um die Lehre oder Annahme vom Wachstumsfieber? Dr. J. M. in W.

229. Worin liegt der Unterschied in der Wirkung von Schlammbädern gegenüber jener von Moorbädern auf Haut und Gesamtorganismus, besonders bei Rheumatismus? Dr. J. M. in W.

230. Welche Diät empfiehlt sich für einen 54jährigen an Cholecystitis chronica und Hämorrhoiden leidenden, nicht fettleibigen, rüstigen Mann? Die Hämorrhoidalbeschwerden überwiegen (Pruritus ani). Bisher hauptsächlich Amylazeen (Weiß- und Schwarzbrot, Fett, frisches Gemüse, Butter, Milch, seltener Fleisch). Dr. J. M. in W.

231. Welche Art der Buchführung bewährt sich am besten für den Arzt? Bücher oder alphabetischer Zettelkasten? Formulare? Buchführung der Hausapotheke? Es wäre eine einheitliche Regelung von Vorteil bei Praxisübernahme und Vertretungen. Dr. A. S. in G.

232. Ich las neulich, daß alle Guajakolpräparate nutzlos sind, weil sie im Darm kein Guajakol abspalten. Nur das Lacajolin soll wirksam sein. Sind also wirklich alle Sirupe, wie Calciron, Sirolin usw., ohne Wirkung? Was soll man verordnen? Dr. R. in L.

233. Bei einem an chronischer Nephritis (Amyloidose infolge Wirbelkaries) leidenden 25jährigen Patienten, bei dem bisher die zeitweilig aufgetretenen Ödeme durch Digitalis und Koffein nebst zeitweiligem Theobromin- und Theophyllingebrauch und Dursttagen bis auf wenige Reste schwanden, versagen nunmehr die genannten und ähnliche Diuretika. Besonders lästig sind die Ödeme des Skrotums und Präputiums, die die Miktion erschweren. Was wäre insbesondere behufs Beseitigung dieser Ödeme zu tun? Dr. C. in M.

234. Was ist die moderne Behandlung der Conjunctivitis eccematosa, wenn dieselbe nicht die typische kegelförmige Form aufweist, wie dies besonders häufig in der letzten Zeit beobachtet wurde, und mit starken Schmerzen (abgesehen von Lichtscheu) einhergeht? Sind bei Nichtergriffensein der Kornea zeitweilig Umschläge und Verband angezeigt, ist bei starker allgemeiner Reizung der Konjunktiva von Kalomel-

gebrauch abzusehen? Roborierende Behandlung und Berücksichtigung von Nasenekzemen selbstverständlich. Dr. C. in M.

235. 16jähriges Mädchen leidet seit dreiviertel Jahren an übermäßig starken Menstruationen. Die Menses treten vorzeitig auf und dauern etwa drei Wochen, dabei keine besondere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, keine Schmerzen. Eisen, Arsen, Hämostan ohne Erfolg. Soll die Patientin während der ganzen Dauer der Menses liegen? Muß sie ihren Beruf als Kleidermacherin aufgeben? Sind Organpräparate indiziert und welche? Dr. C. in M.

236. Bitte um Auskunft über den Begriff und das Wesen der „magnetischen Kuren" (nicht Hypnose oder Suggestion), wie solche von Ärzten und Laien mit zuweilen zweifellos gutem Erfolge geübt werden. Dr. N. W. in B.

237. Meine 16jährige Nichte hat vor einem Jahre eine Poliomyelitis acuta anterior akquiriert. Erst als nach Ablauf des akuten Stadiums beide Beine gelähmt waren, wurde die richtige Diagnose gestellt, und die nun einsetzende Behandlung (Elektrizität, Massage, Bewegungsübungen) hatte den Erfolg, daß die Kranke jetzt mit einem Stock gehen kann, wobei nur der rechte Fuß schwach ist. Keine sichtbaren Atrophien. Ich will jetzt Solbäder versuchen. Mit welcher medikamentösen Therapie soll ich diese unterstützen? Strychnotonininjektionen? Wie steht es mit der Gefahr einer Infektion für meine Kinder? Kann die Patientin noch Bazillenträgerin sein? Dr. O. L. in M.

Antworten:

Ad 332 ex 1922. Aufbewahren von Gummiartikeln. 1. In 1½ bis 3% Karbolwasser bleiben Gummiwaren elastisch, nur werden sie etwas entfärbt und etwas weicher. Hartgewordene werden wieder elastisch. — 2. Empfehlenswert ist auch Aqua destillata ohne Zusätze und im Dunkeln. Dr. A. **Schnaberth,** Groß-Riedental.

Ad 71. Lehrbuch der Gynäkologie von Prof. Rob. Schröder-Kiel, vor kurzem erschienen, ist sehr zu empfehlen. Verlag Vogel in Leipzig. Dr. **Haarmann,** Nörten.

Ad 86. Narkose in der Geburtshilfe des Landarztes. Seit 25 Jahren habe ich sämtliche Entbindungen — mehr als 2500 — in Chloroformnarkose nur im Beisein der Hebamme vorgenommen, Aborte auch vielfach allein ohne Hebamme in Chloroformnarkose behandelt. Hatte dabei nie einen Zwischenfall. Hierorts will jede Erstgebärende vom Arzt in Narkose entbunden werden. San.-Rat Dr. **Ingendahl,** Kohlscheid.

Ad 93. Gegen Erbrechen bei Morphininjektionen. Rp: Morphin. mur. 0.1, Atropini sulfur. 0.01, Aqu. dest. ad 10.0. Zur subkutanen Injektion. Dr. **Haarmann,** Nörten.

Ad 100. Schwindelanfälle bei Arteriosklerose. Intravenöse Injektionen von Telatuten (Luitpold-Werk, München). Literatur und Proben durch diese Firma. Dr. **Haarmann,** Nörten.

Ad 120. Tuckers Asthmamittel. Das Rezept erhielt ich von einem Pharmazeuten vor einigen Jahren: Rp: Cocaini mur. 1.0, Atropin. sulfur. 0.6, Kalii nitrosi 2.4, Glyzerin 32.0, Aqu. dest. 65.0. Einige Tropfen mit einem Zerstäuber (Sigleschen Inhalationsapparat) inhalieren. Unangenehm ist die Trockenheit des Halses und die Pupillenerweiterung. Dr. **Pollak,** Staatz.

Ad 120. Das Tuckersche Geheimmittel, modifiziert nach Brügelmann (enthält nebst Kokain auch Atropin), ist in der Einhorn-Apotheke in Berlin samt dem dazugehörigen Ölzerstäuber für einen billigen Preis zu beziehen. Viel einfacher und genau so wirksam, dafür aber immer frisch ist die Verschreibung magistraliter: Rp: Atropini sulfur. 0.15, Natrii nitrosi 0.6, Glycerini 2.0, Aqu. dest. ad 15.0. S. Mittels Ölzerstäuber drei Minuten lang einatmen. Dr. V. **Austerlitz,** Bardiov.

Ad 123. Arthritis urica. Siehe die Antworten „ad 247" in Nr. 9 und 10 der „Ars Medici" 1922. Dr. V. **Austerlitz,** Bardiov.

Ad 124. Schmerzen beim Essen bei einem Arteriosklerotiker. Die Fragestellung ist ungenau, da man unter „Schmerzen beim Essen" alle schmerzhaften Sensationen verstehen kann, die irgend eine Phase des Kau- und Digestionsvorganges begleiten: 1. erschwerten Kauakt; 2. erschwerten Schluckakt = Dysphagie; 3. Passagestörungen der Speiseröhre als Folge von Kompression, Obturation, Divertikelbildung, funktioneller Affektionen neurogener Natur (spastische und atonische Prozesse); 4. Kardiospasmus; 5. Gastralgien; 6. Enteralgien. — Da beim Patienten ein hoher Grad von Atheromatose ausdrücklich betont wird, handelt es sich scheinbar um paroxysmal im Anschluß an Nahrungsaufnahme einsetzende Schmerzen im Abdomen. Diesem klinischen Symptomenbilde liegt kausal ein diffus sklerotischer Prozeß der Bauchgefäße zugrunde. Die Kranken, durch Marasmus senilis stigmatisiert, werden bald ein Opfer einer progredienten Inanition, da sie aus Angst vor Schmerzen (eine Art „Sitophobie") wenig Nahrung zuführen. Die funktionelle Deutung dieses Symptomenbildes sind Gefäßkrisen, die in der klinischen Nomenklatur unter dem Namen „Dyspragia intermittens angiosclerotica abdominalis" (Ortner) und „Angina abdominalis" kursieren. Die Therapie kann ausschließlich eine palliative und bis zu einem gewissen Grade eine prophylaktische sein. Kleine häufige Mahlzeiten aus einer vorwiegend blanden Kost bestehend, von indifferentem Temperaturgrad, breiig-flüssiger Konsistenz unter Ausschluß von blähenden Speisen. Die Nahrung sei qualitativ gut, kräftig, kalorienreich. Sorge für leichten ausgiebigen Stuhl, Versuch mit Thermopenetration des Abdomens. Medikamentös: Spasmolytika und Analgetika: Erythroltetranitrat, Papaverin. Dr. G. **Recht,** Wien.

Ad 126. Eumekon ist ein Opiumpräparat, enthält angeblich die weniger wirkenden, das heißt die weniger Gewöhnung machenden Bestandteile. Es ist aber zu Morphiumentziehungskuren ebensowenig zu verwerten wie die übrigen Opiumpräparate, so z. B. Pantopon, da diese wie das Morphium und seine Derivate den Abusus begünstigen. Im Sanatorium Tulln hatten wir einen Patienten, der seinerzeit wegen Tbc. Pantopon erhalten hatte und sich nun bis zu 5 g Pantopon täglich intravenös und subkutan einspritzte. Das einzige Mittel, an das ich bei zehnjähriger Anstaltsbeobachtung niemals Gewöhnung eintreten sah, ist Dionin. Anstaltsbehandlung ist bei Entziehungskuren unbedingt erforderlich.

Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 127. Zur Befestigung von Metallteilen an Glas eignet sich vortrefflich ein Kitt, der aus einem Gemisch von Plumbum oxydatum und Glyzerin besteht. Das Gemisch soll etwa die Konsistenz von saurem Rahm besitzen. Dieser Kitt haftet fest, wird von Wasser nicht angegriffen und widersteht auch einer hohen Temperatur. Dr. V. **Austerlitz,** Bardiov.

Ad 133. Sowohl Extr. fluid. gossypii als auch Cortex rad. gossypii werden — besonders in Amerika — als wehenerregende, die Gallensekretion befördernde Mittel, ferner als Hämostatikum und sogar als Abortivum allgemein gebraucht. Die Wirkung der Droge scheint noch nicht ganz

geklärt zu sein. Der wirksame Bestandteil sind glykoide Säuren, ähnlich wie bei Hydrastis canad., Cortex haemamelid, Crocus usw.

Dr. V. **Austerlitz**, Bardiov.

Ad 137. Chloasma. Die verschiedenen Arten des Chloasma sind in Betracht zu ziehen. Da das Chloasma ein schwer zu beseitigendes Pigment ist, kommt man mit den gewöhnlichen Mitteln (½ bis 1% Sublimatsalbe, 2 bis 3% Pernatrolspiritusbetupfungen, 10% weiße Präzipitatsalbe) nicht aus, sondern muß zu stark wirkenden Mitteln greifen: Schälkuren mit Unnascher Resorzinpaste (Pasta Zinci, Resorcini ana 40.0, Ichthyol ammon, Vaselini ana 10.0) oder Lassarsche Schälpaste (Beta-Naphthol 10.0, Sulfur. praecipitat. 50.0, Saponis viridis, Vaselini flavi ana 20.0) oder Karbolsäureätzung. Bei stärkerer Reaktion Borpulver, Zink- oder Zinkresorzinsalbe oder auch eine indifferente Salbe. Dr. **Werner** Burgdamm

Ad 138. Unwillkürlicher Abgang kleiner Fäzesmengen. Ein bei älteren Damen nicht selten zu beobachtendes Leiden. Es handelt sich um eine leichte bakterielle Infektion der Mastdarmschleimhaut, sozusagen um eine Ruhr mildesten Grades, die durch lokale Behandlung schnell beseitigt wird. Auf eine Tasse lauwarmen Wassers drei bis vier Tropfen Kreolin; von dieser Emulsion wird ein Eßlöffel abendlich als Klysma eingespritzt, drei- bis viermalige Applikation genügt. Dr. **Lepa**, Königsberg.

Ad 139. Sakralanästhesie. Kehrer: „Erfahrungen über Sakralanästhesie besonders bei gynäkologischen Operationen", Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Sonderabdruck aus Band 42, H. 2, 1915. Verlag Karger, Berlin. Dr. **Haarmann**, Nörten.

Ad 141. Acidum carbolicum ist ein Phenol, das heißt ein Benzol, in dem ein Wasserstoff durch eine OH-Gruppe ersetzt ist, während Kresole Benzole sind, in denen ein H durch eine Methylgruppe (CH_3) ersetzt ist, wodurch die antiseptische Kraft der Phenole zunimmt. „Rohe Karbolsäure" entspricht ihrem Namen nicht ganz, denn sie enthält vorwiegend Kresole und noch verschiedene andere Produkte der trockenen Destillation der Steinkohle. „Rohes Kresol" besteht hauptsächlich aus drei Kresolen. Die Kresole sinken wegen ihres spezifischen Gewichtes in Flüssigkeiten zu Boden und sind in Wasser weniger löslich als Karbolsäure. Die Kresole und Phenole werden in gleicher Weise als Antiseptika und Desinfizientien benützt.

Dr. **Werner**, Burgdamm.

Ad 142. Bei vorzeitigem Blasensprung mit Wehenstillstand sind Wehenmittel zu empfehlen, allerdings nicht Hypophysenpräparate, die meist nur in der Austreibungsperiode wirken, sondern Chinin: Chininum bimuraticum 0.5 intramuskulär, eventuell gleichzeitig auch noch 0.5 intravenös.

Dr. B. **Rattner**, Miescisko.

Ad 147. „Suggestion und Hypnose" von Dr. med. et phil. Max Kauffmann, Verlag J. Springer, Berlin. — „Die Bewußtseinsvorgänge bei Suggestion und Hypnose" von Prof. Max Kauffmann, Verlag Marhold, Halle. — „Heilerfolge mit Suggestion und Hypnose" von Kauffmann, Verlag Bruno Heller, Halle. Dr. **Werner**, Burgdamm.

Ad 148. Periostitis nach Kontusion. Geben Sie eines meiner Pastenpräparate („Ars Medici" 1923, S. 292), in diesem Falle am geeignetsten Pasta Plumbi. Nach acht- bis zehntägiger Anwendung ist es vorteilhaft, auf Pasta Bismuthi oder Cupri überzugehen. Unbedingt nötig ist Untersuchung auf Lues. Wenn solche nachzuweisen oder mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, zugleich antiluetische Kur.

Dr. O. **Reimer**, Graz.

Ad 148. Solche durch Jod nicht beeinflußbare Periostitis traumatica kann im weiteren Verlaufe auf den Knochen übergreifen und zu umfangreicher Osteomyelitis führen. Ich habe ähnliche schleichende Fälle beob-

achtet. Prompte Heilung erzielte ich bei zwei durch mehrere Jahre in ihrer Ätiologie verkannten Fällen (Hebamme und Kellner) durch energische spezifische Therapie. Ganz gewiß wird in Ihrem bisher refraktären Falle eine antiluetische Behandlung von Vorteil sein.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 150. Ophthalmoskopie des Landarztes. Wenn Sie das Ordinationszimmer nicht leicht verdunkeln können und auch nicht über eine spanische Wand verfügen, können Sie sich das Augenspiegeln folgendermaßen ermöglichen: Wenden Sie den Patienten vom Fenster ab und bedecken Sie seinen Kopf und Oberkörper mit irgend einem Tuch, etwa wie die Photographen sich beim Aufnehmen bedecken. Tuch möglichst nach vorne ziehen, dabei das Gesicht des Patienten nicht verdecken. Als Lichtquelle genügt eine Petroleumlampe; je dunkler das Feld und die Umgebung, eine um so schwächere Lichtquelle reicht noch aus. Man kann auch notfalls ohne Augenspiegel spiegeln; man verwendet dazu eine Konvexlinse von 13 bis 15 Dioptrien und einen (Ohr-, Nasen-)Reflektor, an dem man eine aus Papier selbst angefertigte Blende anbringt.

Dr. F. **Eisner**, Radymno.

Ad 150. Der Landarzt soll ophthalmoskopieren, besonders bei inneren Krankheiten, wie Nephritis, Diabetes, Arteriosklerose, Lues usw. Am besten ophthalmoskopiert man abends, wenn man sich nicht eine Ecke des Ordinationszimmers mit einem schwarzen Vorhang ganz verfinstern kann. Petroleumlampe genügt, nur muß sie einen undurchsichtigen Zylinder mit nur einer fünfkronenstückgroßen, mit mattem Papier überdeckten Öffnung haben. Dr. J. **Radonicic**, Nova Gradiska.

Ad 153. Mit den Dr. Reimerschen Präparaten hatte ich bei Entzündungen, Eiterungen, Wunden und Geschwüren gute Erfolge.

Dr. K. **Purkert**, Facharzt f. Chir., Graz.

Ad 155. Fingerekzem. Am schnellsten hilft Betupfen mit Pyoctan. caerul. 5 bis 10% mit nachfolgendem Bepudern. In hartnäckigen Fällen vorher baden mit Sublimatlösung: einen Teelöffel einer 1%igen Sublimatlösung auf eine Tasse lauwarmen Wassers. Dr. **Lepa**, Königsberg.

Ad 155. Bei trockenen wie auch bei nässenden Ekzemen hat sich Cadogel (Chinoin-Werke), ein von reizenden und übelriechenden Verunreinigungen befreites kolloidales Teerpräparat aus Oleum Cadini, sehr gut bewährt. Es kommt in Tuben zu 20 und 50 g als 10, 33 und 66%ige Salbe in den Handel. Die Behandlung ist mit 10 oder 33%igem Codagel zu beginnen und nach Rückgang der Entzündung wird das 66%ige angewendet. Dr. K. **Brenner**, Wien.

Ad 156. „Haimakainizon." Wie uns die Herren Dr. Dobnigg in Bregenz und Dr. Schwendinger in Dornbirn mitteilen, ist der Erfinder dieses Mittels, Dr. Häusle in Feldkirch, nicht Arzt, sondern Pfarrer und sein Mittel „Haimakainizon" in dortiger Gegend berüchtigt. Wir konnten das aus der uns übersandten, nur mit Dr. Häusle gezeichneten Broschüre nicht ersehen, haben uns aber instinktiv in unserer Notiz (Nr. 6, S. 294) recht skeptisch über dieses Allheilmittel geäußert. **Die Red.**

Ad 159. Struma in jugendlichem Alter. Da an dem Wohnort des Mädchens Struma sehr oft vorkommt, also endemisch ist, und auch die Mutter des Mädchens einen Blähhals hat, liegt kein Grund vor, den Kropf, den das 11jährige Kind schon seit einigen Jahren hat, mit den Entwicklungsjahren in Zusammenhang zu bringen. Es handelt sich offenbar um einen gewöhnlichen endemischen Kropf im Kindesalter. Man kann dem Kinde ohne Bedenken täglich 1 mg Jodkali verabreichen, also zehn Tropfen

einer Lösung von 0.1 Jodkali in 50 g Wasser; durch ein halbes Jahr fortzusetzen. Eine andere Behandlung ist nicht notwendig.

Hofrat Prof. Dr. J. **Wagner-Jauregg**, Wien.

Ad 160. Nitroglyzerin wird in 1%iger alkoholischer oder öliger Lösung gegeben. Dabei besteht keine Explosionsgefahr. Täglich einmal zwei bis zehn Tropfen der öligen Lösung auf Zucker. Beginnt mit kleinster Dosis. Erythroltetranitrat wird in Kompretten (Merck) hergestellt.

Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 161. Über die Dyspnoe beim Sprechen der Emphysematiker sowie über die Anwendung der Quebracho. Wer für die Atmung ungenügend Luft zugeführt bekommt, kann dieselbe zu anderen Zwecken wenig verwenden, daher muß der an Atemnot Leidende sich im Sprechen beschränken oder kann nur mittels Flüstersprache sich mit der Umgebung verständigen. Nicht nur bei Krankheiten des Respirationstraktus, mithin auch beim Emphysem, sondern auch bei denen des Zirkulationstraktus tritt in vorgeschrittenen Stadien derselben Atemnot beim Sprechen auf. Die Dyspnoe beim Sprechen ist deshalb nicht für Emphysem pathognomonisch. Beim Emphysema pulmonum ist die Dyspnoe nicht nur durch eine Verkleinerung des Alveolargebietes infolge Verödung eines beträchtlichen Teiles der Lungenkapillaren bedingt, sondern ist, da ja der rechte Ventrikel mitbeteiligt ist, auch eine kardiogene. Mit Rücksicht auf die kardiale Komponente der Atemnot beim Emphysem kommen bei der medikamentösen Therapie außer den antikatarrhalischen und antiasthmatischen Mitteln (Quebracho) die Kardiaka zur Anwendung. Eine beliebte Medikation sind die Dyspnontabletten. Dieselben enthalten pro dosi: Theobromin. natriosalicyl. 0.25, Agurin 0.10, Extr. Quebracho 0.10. S. drei- bis viermal täglich je zwei Tabletten mit Nachtrinken von warmer Milch oder heißem Tee. Statt der Dyspnontabletten kann die magistrale Verschreibung in Pulvern in Capsul. amylac. erfolgen. Eine in flüssiger Form bewährte Komposition ist ferner: Rp: Extr. Digitalis fluid. 1.00, Coffeïn. natr. benzoic. 1.50, Pantopon 0.06, Extr. Quebracho fluid. 2.00 bis 4.00 (ad 8.00 pro die), Mixt. gummos ad 200.00. S. zweistündlich einen Eßlöffel.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 162. In die Milch der Stillenden gehen lediglich Jod und Salizylsäure in nennenswerter Menge über. Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 163. Benzylbenzoat dürfte Ihnen in Form des von der Pariser Firma „Usine de Rhone" in den Handel gebrachten, bei allen Spasmen der glatten Muskulatur indizierten Präparates „Rhodacil" auch in Ungarn zugänglich sein. Eventuell vom Generalvertreter Julien Meyer in Prag II., Vysehradska 47, an eine Ihnen befreundete ungarische Apotheke schicken lassen. Gegenwärtiger Preis tschechische *K* 30.—.

Dr. B. **Barth-Wehrenalp**, Franzensbad.

Ad 166. Gegen Seekrankheit haben sich mir am besten subkutane Atropininjektionen bewährt. (Vgl. diese Nummer, S. 313. — Die Red.).

Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 168. Peritonitis tbc. Falls die Diagnose sicher, sind Ganzbestrahlungen mit Höhensonne oft von ausgezeichnetem Erfolg. Die milde verlaufende Ponndorf-Impfung wäre wohl zu versuchen.

Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 168. Oft findet sich bei Peritonitis tbc. (wie ja auch im Beginne osteopulmonaler Tbc.-Affektionen) kein oder nur ein geringer klinischer Befund. Wenn aber tuberkulöse Bauchfellentzündung sicher anzunehmen ist, so empfehle ich sehr vorsichtige Quarzlampenbestrahlung; habe mit dieser zwei Fälle heilen können. Dr. O. **Jilek**, Steinschönau.

Ad 168. Vielleicht interessiert Sie folgender Fall: Ich ließ vor zwei Jahren eine etwa 60jährige Frau wegen Ovarialzyste operieren. Bei der Laparatomie wurde Tuberkulose konstatiert mit unzähligen bis haselnußgroßen Lymphdrüsen längs des Darmes. Es wurde die Bauchwunde lediglich geschlossen, und seit dieser Zeit hat Patientin keine Beschwerden mehr, und auch objektiv ist nichts Pathologisches zu konstatieren.

Dr. K. **Glaser,** Eger.

Ad 171. Rhagaden. Es wäre verlockend anzunehmen, daß die Gerbsäure des Leders als provozierender chemischer Reizfaktor die geschilderte Hautaffektion an den Fingerkuppen der rechten Hand bedingt hat. Dies ist nicht der Fall. Bei der handwerklichen Schäftefabrikation nämlich wird mit der rechten Hand der Griff des Messers gefaßt und festgehalten. Hiebei werden die Griffflächen der Endphalangen erheblich komprimiert. Daß bei solch dauernder, schädigend einwirkender Beschäftigung die außerordentlich fein strukturierten volaren Enden der Phalangen mit der Zeit gegen mechanische Insulte weniger widerstandsfähig werden, kann nicht wundernehmen. An den Pressionsstellen kommt es zu Störungen der kapillaren Zirkulation, zu lokalisierter taktiler Hypästhesie und in der Folge zu kutan-subkutanen Rhagadenbildungen. Bei analogen Berufen (Gärtner, Fleischer) werden nicht selten solche traumatisch zustandegekommenen Hautveränderungen an den Endgliedern in weit höherem Maße beobachtet. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzman.

Ad 171. Kuppe der Finger mit Seife gründlich waschen und mit lauwarmem Wasser abspülen; heißes Fingerbad (15 Minuten); die aufgelockerte Oberhaut vorsichtig abziehen; dann stundenlanges lauwarmes Fingerbad mit 2‰ Sublimatlösung; mit reiner Watte abtrocknen und mit einem Gemisch von Borsäure, Dermatol und Bolus alba einstauben. Diese Prozedur täglich wiederholen; die Finger schonen.

Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 173. Minin-Lampe. Offenbar handelt es sich um eine Blaulichtlampe nach Generalarzt Minin (ehemal. Chefarzt des Kaiser Nikolai-Militärhospitales in St. Petersburg.). Das Originalmodell besteht aus einem Reflektor (mit Handgriff) und einer davorstehenden blauen Glühbirne. Modifizierte Apparate bestehen aus einem trichterförmigen Reflektor (auf Stativ) und drei blauen Glühbirnen. Der ganze Apparat ist ein sehr guter phototherapeutischer Behelf und leistet durch seine anästhesierende und analgesierende Wirkung vortreffliche Dienste bei Muskel- und Gelenkrheumatismen, Neuralgien, Kontusionen, oft auch bei verschiedenen Hautkrankheiten, z. B. trockenen und nässenden Ekzemen usw. Benützt werden Glühbirnen nur aus naturfarbigem blauem Glas, deren Lichtstärke 16 bis 50 Kerzen beträgt. (Die beiden anderen Glühbirnen: rot und weiß, gehören nicht zum Apparat und wurden wahrscheinlich bei Mangel an blauen Glühbirnen aus Unkenntnis eingesetzt.) Dr. F. **Droz,** Königgrätz.

Ad 173. Es handelt sich jedenfalls um eine Bestrahlungshandlampe nach Minin-Goldscheider (nicht Minius oder Mignon), wie sie von Bott & Walla in München, Sonnenstraße 20, vertrieben wird. Die sehr verwendbare und bei mir schon über zehn Jahre tadellos arbeitende Lampe gestattet eine sehr vielseitige Anwendung, und zwar: Weißlicht bei Wundbehandlung (Entzündung verlangt rotes, schlechte Heilungstendenz blaues Licht) und zur Hyperämisierung der Haut. — Blaulicht wirkt analgesierend bei Neuralgien, dann zur Aufsaugung pathologischer Ablagerungen bei Gicht und Rheumatismus, bei chronischen Ekzemen und allen luetischen Dermatosen, Blutergüssen in Gelenke und nach Kontusionen; besondere Einwirkung auf die Vasomotoren. — Rotlicht ist angezeigt

bei allen mit Entzündung verbundenen Hautkrankheiten. — Anwendung jeden zweiten Tag 25 bis 30 Minuten lang. Strahlung senkrecht auf das Bestrahlungsgebiet fallen lassen. Achtung wegen Verbrennung!

Dr. B. **Barth-Wehrenalp**, Franzensbad.

Ad 173. Diese Lampe ist identisch mit der Goldscheider-Lampe. Lediglich Wärmewirkung. Hat Teilerfolg bei Rhinitis acuta und chronica, Stirnhöhlenkatarrh; in manchen Fällen von rheumatischen Schmerzen. Schmerzlindernd bei Furunkel oder Karbunkel durch die Hyperämisierung.

Dr. O. **Jilek**, Steinschönau.

Ad 176. Variköse Venen und deren Folgezustände können ohne Gefahr der Embolie zur raschen und völligen Beseitigung gebracht werden, wenn man das Stromgebiet der Vena saphena mit Preglscher Jodlösung infundiert. Die Emboliegefahr wird durch Ligatur des zentralen Venenabschnittes vermieden. Der kleine, in Lokalanästhesie durchzuführende Eingriff besteht in Bloßlegung der Vene, Ligatur, Einfließenlassen der Jodlösung (etwa ½ l), Versorgung der kleinen Wunde. Die Schmerzen sind ganz gering und klingen in kürzester Zeit ab. (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 315. — Die Red.)

Dr. R. **Weinberger**, Graz.

Ad 178. Fast völliger Haarschwund bei einem Kinde. Wenn die Kopfhaut Schuppenbildung zeigt oder Spannung und Verdünnung (Atrophie), so ist eine Lokalbehandlung gerechtfertigt, die durch hyperämisierende Mittel (Spiritus, Seife, Quarzlicht) besorgt zu werden pflegt. Fehlen solche Veränderungen an der Kopfhaut, so handelt es sich um infektiöse oder tropho-neurotische Einflüsse; der nach allgemeinen akuten Infektionskrankheiten auftretende Haarausfall gibt gute Prognose und ist immer vorübergehend. Die nervös bedingte Alopezie gibt keine gute Prognose, sobald sie schon jahrelang bestanden hat; wenn die Haare, welche die haarlosen Zonen begrenzen, schwer auszureißen sind, kann man einen Stillstand des Prozesses voraussagen. — Der tropho-neurotische Haarausfall wird auf endokrine Störungen bezogen, und zwar auf solche der Genitaldrüsen, der Schilddrüse oder der Hypophyse. Die Unterfunktion des Hodens verhindert Bartwuchs und läßt Augenbrauen, Schamhaare wie die Behaarung des Stammes verschwinden. In letzter Zeit wird seltsamerweise behauptet, daß die Glatzenbildung bei familiär Disponierten mit der Geschlechtsreife der Hoden beginnt. Der Ausfall der Ovarientätigkeit läßt Augenbrauen dünner werden, anderseits erzeugt er vermehrten Haarwuchs an Oberlippe und Kinn. Der Ausfall der Schilddrüse (Myxödem, Charcots Cachexie pachydermique) ist gleichfalls vom Fehlen des Haarwuchses begleitet; doch kann es sich bei dem Knaben nicht um Unterfunktion der Schilddrüse handeln, sonst wären nebst dem Haarausfall noch tiefe Blässe der Haut, halbgeschlossene Augen, gedunsenes Gesicht, verlangsamtes Sprechen und Denken dem Kollegen aufgefallen. Bei der experimentellen Entfernung des Hypophysenvorderlappens entsteht Hypotrichosis, darum kamen vereinzelte Ärzte auf den Gedanken, die Alopezie (universell oder partiell) mit Injektion von Hypophysensubstanz zu behandeln. Französische und englische Autoren sahen dabei starke Wirkung auf den Haarwuchs. Biedl ist auf Grund seiner Erfahrungen vorsichtiger im Urteil. — Das von Zuntz angegebene Organpräparat (Humagsolan) hat sich nicht bewährt. — Sind einmal Narben an dem kahlen Kopf zu sehen, so fällt die nervöse Ätiologie weg; es handelt sich um irreparable Nachwirkung von Herpes tonsurans oder Favus oder Lupus erythemosus

Prof. Dr. S. **Erben**, Wien.

Ad 182. Kalte Fußbäder können tatsächlich durch Vasomotorenwirkung bei manchen Menschen sehr unangenehme und eventuell gefährliche Erscheinungen hervorrufen und sind daher mit Vorsicht zu verordnen. Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 183. „Nitrolysol“ ist auch Chemikern und Pharmazeuten unbekannt. Es kann sich nur um ein ätzendes Präparat handeln; solche bedingen bekanntermaßen auch gleichzeitig eine lokale Anästhesie. Prof. Dr. B. **Klein,** Wien.

Ad 183. Es könnte sich um Acidum carbolicum liquefactum gehandelt haben. Wenn man dieses mit einem zugespitzten, dünn mit etwas Watte bewickelten Stäbchen auf die Gingiva auftupft (cave abtropfen!), kann man wenige Sekunden nach Bildung des oberflächlichen weißen Ätzschorfes schmerzlos einstechen. Dr. A. **Schnaberth,** Groß-Riedental.

Ad 185. Buch für Samariterkurse. 1. „Einführung in die erste Hilfe bei Unfällen“ von Dr. I. Spiegel, Verlag Moriz Perles, Wien. — 2. „Leitfaden der ersten Hilfe“, ein Samariterbuch von Dr. J. Lamberg, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien (letzteres Buch etwas umfangreicher als Nr. 1). Dr. J. **Lengenfelder,** Kremsmünster.

Ad 189. Lupus erythematosus. Gleich wie bei den kutanen Äußerungen der Tuberkulose, und zwar dem Lupus, dem Skrofuloderma, der miliarulzerösen Läsionsform an den Übergängen der Haut zu den Schleimhautflächen, wird in neuester Zeit auch bei dem in der spezifischen Zugehörigkeit als Tuberkulid angesprochenen Lupus erythematosus die Krysolgan-Behandlung in reichem Ausmaß herangezogen. Dieses Natronsalz einer Aminoaurophenolkarbonsäure vermag bei der intravenösen Einverleibung zweifellos chemotherapeutisch zu wirken, das heißt nach anfänglicher Steigerung der Entzündungserscheinungen im Bereiche der Krankheitsherde die Rückbildung derselben zu unterstützen. So sieht man gelegentlich nach wiederholter Anwendung vorsichtig dosierter Mengen unter genauer Kontrolle der Reaktionserscheinungen resistente, den gewöhnlichen Heilmethoden Widerstand leistende stationäre Erythematosusscheiben unter allmählichem Abblassen und Einsinken mit Hinterlassung zarter, weißer Narben abklingen. Doch ist der Erfolg keineswegs stets so prompt, und in größeren Versuchsreihen ist stets auch mit einem namhaften Prozentsatz völliger Versager zu rechnen. Als Anfangsdosis hat 0.01 der in Ampullen abgefüllten Goldverbindung zu dienen, die intravenösen Injektionen können in acht- bis zehntägigen Intervallen wiederholt bis auf 0.2 pro dosi gesteigert werden.

Zu bemerken ist, daß häufig nach anfänglicher Besserung bei weiteren Injektionen die Plaques nicht weiter reagieren. In solchen Fällen ist nach einiger Zeit nach vorheriger Tuberkulinanwendung ein besseres Ansprechen auf das Krysolgan zu verfolgen. Die Injektionen sind häufig von hoher Temperatursteigerung und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens gefolgt. Es muß daher vor ambulatorischer Behandlung der Kranken gewarnt werden. Als Nebenerscheinung treten mitunter schwere ulzeröse Stomatitiden auf, weshalb vor Einleitung der Kur strengste Revision der Mundhöhle auf schadhafte Zähne vorzunehmen ist. Überdies sind gelegentlich auch toxische Dermatitiden zu beobachten. Nicht verschwiegen werden darf, daß in der Literatur bisher bereits über mehrere Todesfälle berichtet wird. Prof. Dr. G. **Nobl,** Wien.

Ad 190. Lapisflecken. Zuerst die Flecken mit Jodtinktur durchtränken, dann nach Eintrocknen der Jodtinktur mit 10%iger wässeriger Natrium-

hyposulfitlösung entfärben. Diesen Prozeß eventuell (selten nötig) nach Wasserwaschen und Trocknen wiederholen.
Dr. R. **Holmström**, Saeter (Schweden).

Ad 190. Die befeuchteten Lapisflecken mit Zyankali einreiben und auswaschen. Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 192. Kryptorchismus. Die bloße Möglichkeit, daß ein Organ bösartig entarten könnte, kann keine Indikation für einen chirurgischen Eingriff sein. Dagegen kommen in dem angeregten Falle andere Erwägungen in Betracht. Ich habe vor Jahren einen Jungen operiert, der links einen normalen Hoden, rechts eine Hernie ohne palpablem Hoden und ferner eine Hypospadie hatte. Bei der Operation fand sich rechts kein Hoden, dagegen in der Bauchhöhle ein Ovarium und eine Tube. In einem anderen Falle fand sich bei vollkommen normalem männlichem äußeren Genitale bei einem erwachsenen Manne ein Uterusmyom. Solche Beobachtungen müssen uns mahnen, bei Kryptorchen immer daran zu denken, daß ein Hermaphroditismus bestehen könnte. Ob im Abdomen ein Hoden oder ein Ovarium liegt, kann nur durch Laparotomie festgestellt werden. Sollte ein Ovarium gefunden werden, so würde es sich empfehlen durch Entfernung des Ovariums das Individuum von seiner bisexuellen Anlage zu befreien. Dr. L. **Moszkowicz**, Facharzt f. Chir., Wien.

Ad 194. Chronisches Ekzem an den Unterschenkeln. Wenn ein Ekzem vorliegt, so versuchen Sie zuerst 2% Resorzin-Umschläge und nach Aufhören des Nässens vorsichtige Lapispinselungen (2 bis 5 bis 10 bis **20%**) mit anschließendem Borsalbenverband oder einer anderen, wenig differenten Salbe. Auch Teerpinselungen und Teersalben können versucht werden. Wenn aber die vorgeschlagene Behandlung nicht bald hilft, dann Röntgenbestrahlung. Dr. S. **Reines**, Facharzt f. Hautkr., Wien.

Ad 197. Auskunft über Epilepsie eines Patienten. Wenn die Kenntnis der Erkrankung aus ärztlich beruflicher Beratung, bzw. Untersuchung des betreffenden Mannes herstammt, ist der Arzt verpflichtet, das Berufsgeheimnis zu wahren, sofern ihn nicht (wie bei gemeingefährlichen Geistes- oder bei Infektionskrankheiten) das Gesetz, oder sofern ihn nicht eine hiezu kompetente Amtsstelle oder der Patient selbst hievon entbindet; wenigstens in Österreich und vermutlich auch in Deutschland (ob auch in Rumänien, weiß ich nicht). Stammt die Kenntnis des Leidens aus dem privaten Umgang (also nicht aus der ärztlichen Berufssphäre), dann liegt solch eine Verpflichtung nicht vor. Die Pflicht der Wahrung der ärztlichen Berufsgeheimnisse ist oft eine sehr drückende, aber leider nun einmal ein notwendiges Übel. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 198. Aortenkompressorium. Für den praktischen Arzt als Geburtshelfer genügt für eine eventuell notwendig werdende Aortenkompression der Momburg-Schlauch voll und ganz. Die Aortenkompressorien nach Gauss und Sehrt eignen sich nicht. Ein handliches (im zusammengelegten Zustande kleiner als eine Geburtszange) Kompressorium hat Haselhorst in Hamburg konstruiert. Dieses wäre, wenn der Momburg-Schlauch nicht genügt, für die Praxis am ehesten zu empfehlen. (Näheres darüber Münchn. m. W. Nr. 24, 1923.) Dr. J. **Pok**, Facharzt f. Gyn., Wien.

Ad 199. Da die tertiär-syphilitischen Erscheinungen durch Spirochäten hervorgerufen werden, so sind sie ansteckend. Praktisch genommen ist die Ansteckungsfähigkeit eine geringe, da in den Randpartien zer-

fallener Gummen nur sehr spärliche Spirochäten vorhanden sind. Geschlossene Gummen sind natürlich nicht infektiös. Am meisten kontagiös, selbstverständlich relativ genommen, ist noch die Leukoplakia specifica oris. Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Ad 206. Wenn eine Hemiplegie durch medikamentös-physikalische Therapie gar nicht beeinflußt wird, so ist vor allem an luetische Ätiologie zu denken. Versagt auch die antiluetische Behandlung, so machen Sie einen Versuch mit Proteinkörpertherapie: 2 bis 5 cm³ Milch intramuskulär jeden zweiten bis dritten Tag. **D. Red.**

Ad 208. Fieberhafte Erkrankung mit Exanthem bei einem Kinde. Es dürfte sich wahrscheinlich um eine Grippe-Pneumonie mit schweren toxischen Erscheinungen handeln. Auch das Exanthem dürfte toxischer Natur sein. Die Ödeme weisen auf Herzschwäche (Myodegeneratio) hin.
Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 210. Hämatom nach Geburt. Es handelt sich um den typischen Befund eines Haematoma vulvae post partum. Dieses verhältnismäßig seltene Vorkommnis entsteht bei Rißquetschwunden des Scheideneinganges nach Spontan- oder Zangengeburten unter dem Druck des austretenden Kopfes. Bei Ausräumung der unter der Haut und Schleimhaut befindlichen Koagula findet man gewöhnlich am Grunde der Wunde ein kleines spritzendes Gefäß, welches man unterbinden soll. Bei infantilen Personen mit zarter Haut und zarten Schleimhäuten scheint das Haematoma vulvae leichter zu entstehen als bei anderen. Bemerkt wird das Hämatom gewöhnlich erst einige Stunden nach der Entbindung, wenn die Blutansammlung schon ziemlich groß geworden ist und nicht bloß nach innen in die Scheide, sondern auch nach außen in der Gegend der Labien sich vorwölbt. Die Hebamme trifft demnach kein besonderes Verschulden.
Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 212. Blähungen und Aufstoßen bei Cholelithiasiskranken kommen nicht selten vor. Sie beruhen wohl meist auf einer Beeinflussung des Tonus und der Magenmotilität durch den Gallensteinprozeß (reflektorisch oder durch entzündliche Reize). Allgemeine Diätvorschriften, häufige, kleine Mahlzeiten, Bauchbinde bei Ptose, Verbot des Tragens von Leibriemen usw. Therapeutisch Menthol oder Pfefferminzöl, Cholaktol, kurze Siesta nach dem Essen mit warmen Kompressen auf den Oberbauch zu empfehlen.
Prof. Dr. G. **Singer**, Wien.

Ad 213. Morphium bei schwangerer Gallensteinkranker. Wenn die Attacken nicht allzuheftig sind, soll man es überhaupt mit anderen Mitteln versuchen, ihnen beizukommen. Heiße Teeinfuse (Kamillen, Baldrian, Pfefferminz, Orangenschalen), Chloroformwasser, Desalgin-Schleich. In den medizinischen Dosen dürfte eine Einwirkung von Morphin oder Pantopon auf die Uterusmuskulatur kaum in Betracht kommen; übrigens sollen diese Alkaloide zur Dämpfung der Nebenwirkungen mit kleinen Gaben von Atropin oder Skopolamin kombiniert werden.
Prof. Dr. G. **Singer**, Wien.

Ad 214. Psoriasis. Im konkreten Falle wäre ein Laryngolog zu Rate zu ziehen, ob eine Tonsillektomie von Nutzen wäre. Im übrigen besitzen wir derzeit noch keine in allen Fällen Erfolg versprechende Therapie der Psoriasis vulgaris. Es wäre von Interesse, auch die Natur der bestehenden Menstruationsbeschwerden klarzustellen; vielleicht gelingt es, durch eine vorsichtige Organtherapie den Prozeß zu beeinflussen.
Dozent Dr. B. **Lipschütz**, Wien.

Ad 215. Leberzyste bei einem Kinde. Da das subjektive Befinden des Kindes gut ist, erscheint mir eine Operation, bzw. eine Laparatomie derzeit nicht empfehlenswert. Dozent Dr. E. **Nobel,** Wien.

Ad 216. Krämpfe ein Jahr nach Hundebiß. Eine Jahr und Tag nach dem Biß durch einen tollen Hund aufgetretene und mit ihm in Beziehung stehende Erkrankung könnte nur die Wuterkrankung selbst sein. Diese ist im vorliegenden Falle wohl auszuschließen, denn eine solche verläuft zu schnell, als daß der Arzt den Mißerfolg verschiedener Therapien beobachten könnte und sich brieflich nach einer erkundigt. Um eine Folge der Schutzimpfung kann es sich nicht handeln, da solche während oder in den ersten Tagen nach der Impfung auftreten. Vielleicht kann ein Neuropathologe den Fall erklären. Hofrat Prof. Dr. R. **Paltauf,** Wien.

Ad 217. Die Reagentien für die Wassermannsche Reaktion sind zwar an gewissen Stellen käuflich zu beziehen; es ist aber dem Praktiker auf dem Lande nur abzuraten, diese Reaktion etwa zu Hause nach einer Gebrauchsanweisung durchführen zu wollen. Es kommen für den Kollegen wohl ausschließlich die Flockungs-, bzw. Trübungsreaktionen als Ersätze der Wassermannschen Reaktion in Betracht. Von diesen möchte ich anführen: 1. Die Hermann Perutzsche Reaktion (Med. Klinik Nr. 2, 1910. — „Ars Medici" 1922, S. 43); 2. Meinickes Trübungsreaktion (Deutsche med. W. Nr. 19, 1923). Beide Reaktionen erfordern wenig Apparatur, sind einfach, verläßlich und für den praktischen Arzt nach einiger Übung gut zu gebrauchen. (Vgl. diese Nummer S. 326.)
Dr. F. **Reines-Lemberger,** Med.-diagnost. Laborat., Wien.

Ad 218. Epilepsie. Ich würde empfehlen, in diesem Falle, wo die Anfälle jetzt streng menstruellen Typus einhalten, nebst Brom-Luminal wirksame Ovarialtabletten oder Ovoglandolinjektionen durch längere Zeit zu verabreichen. Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Ad 219. Sommerlicher juckender Hautausschlag bei einem Kinde. Es handelt sich in diesem Falle offenbar um den sogenannten „Lichen strophulus" oder „Strophulus infantum", den Ausdruck einer exsudativen Diathese. Solche Kinder zeigen als Indikator des gestörten Wohlbefindens, eines banalen Schnupfens, einer Verdauungsstörung usw. eine Eruption neuer Knötchen, die von Laien und wenig bewanderten Ärzten auch mit Varizellen verwechselt werden können. Die exsudative Diathese mit derartigen Symptomen macht gewöhnlich in den ersten zwei bis drei Lebensjahren Erscheinungen. Zu dieser Konstitutionskrankheit werden auch die Lingua geographica, die adenoiden Vegetationen, Neigung zu Asthma und zu Ekzem gerechnet, doch sind die symptomatologischen Grenzen der Diathese unscharfe. Die Behandlung hat in erster Linie in vorsichtigen diätetischen Maßnahmen, Beschränkung der übermäßigen Milchernährung, Bevorzugung vegetabilischer Nahrung und Vermeidung jeder Mast zu bestehen. In manchen Fällen zeitigt eine leichte Karlsbader Kur (morgens nüchtern 200 g Mühlbrunn, lauwarm, gesüßt, und eine halbe Stunde danach Frühstück) gute Wirkung. Lokal Kühlsalben, Massage der Knoten mit 1%iger Teer- oder Anthrasolsalbe. Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 219. Nicht zu selten ist der Genuß von Eiern die auslösende Ursache und verschwinden alle Symptome nach Eierverbot; vergleiche den Artikel „Proteosen in der Kinderheilkunde", „Ars Medici" 1922, S. 450.
D. Red.

Ad 220. Cholezystitis und Adnexerkrankungen. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Cholezystitis und entzündlichen Adnexerkrankun-

gen läßt sich nicht annehmen. Angesichts der Häufigkeit der Cholezystitis einerseits, der Adnexerkrankungen anderseits ist ein gelegentliches Zusammentreffen beider Leiden gar nicht auffallend. Hie und da könnte freilich eine Pericholezystitis auf dem Umwege über ein Douglasexsudat zu einer Adnexerkrankung führen, häufig ist aber ein solcher Zusammenhang sicherlich nicht. Dagegen kann mitunter ein gynäkologisches Leiden (entzündliche Adnexerkrankung, Stieldrehung einer Zyste u. dgl.) eine Gallensteinkolik vortäuschen (vgl. Frank, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 17, 1903 und Sitzenfrey, Prager m. W. 1907, Nr. 28/30).

Dozent Dr. J. **Novak**, Wien.

Ad 222. Eine Zusammenstellung der 1922 neu eingeführten Arzneimittel nach Indikation, Dosierung, Erzeuger usw. von Prof. A. Holste in Jena findet sich in Deutsch. m. W. Nr. 18, 1923. **D. Red.**

Ad 224. Eine Zusammenfassung meiner sämtlichen bisher über Tbc. publizierten Arbeiten wird die beim Rikola-Verlag (Wien) im Druck befindliche „Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener" bringen, deren erster Band noch im Monat Juli erscheinen dürfte. Die wichtigsten klinischen Arbeiten sind bisher: „Die Bedeutung der Phrenikusdruckpunkte usw.", Brauers Beitr., Bd. 45. — „Die verschiedenen Formen der tuberkulösen Apicitis", M. Kl. 1921. — „Wie erkennt man die beginnende Lungentuberkulose?", W. kl. W. 1921. — „Hausarzt und Tbc.", M. Kl. 1922. — „Die Bedeutung einer der Anamnese usw.", M. Kl. 1922. — „Die Klinik der Tuberkulose", W. kl. W. 1922. — „Klinische Erfahrungen über Tbc. und Schwangerschaft", M. Kl. 1923. — „Die Frühdiagnose der Tbc.". Österreichisches Tbc.-Fürsorgeblatt 1923. Dozent Dr. W. **Neumann**, Wien.

Ad 226. Leber-Aszites. Bei Versagen des Novasurol ist eine gute Wirkung anderer Diuretika unwahrscheinlich; immerhin wäre Theacylon (sechsmal 0.5), Cremor tartari (30 g) sowie Kalomel längere Zeit dreimal 0.05 mit Pausen (Socharjinsche Kur) zu versuchen. Im Falle des Versagens bleibt nur Punktion oder Operationsversuch (Talmasche Operation) zu erwägen. Prof. Dr. A. **Müller-Deham**, Wien.

Ad 227. Prof. Schwimmers Wachssalbe. Rp. Acidi borici, Cerae alb. Paraffini ana 5.0, Olei Sesami 35.0. M. f. unguentum. — Die Wachssalbe kann als indifferente Grundsalbe verwendet werden. Für Damen kann man noch ein bis zwei Tropfen Parfüm zusetzen.

Dr. M. **Porosz**, Budapest.

Ad 230. Diät bei Cholezystitis plus Hämorrhoiden. Ich empfehle eine leichte gemischte Kost, und zwar: Frühstück: Milch, eventuell Milchkaffee oder Tee mit Milch, Weißbrot, etwas Butter, bei Stuhlträgheit vor dem Frühstück Kompott. Vormittags: Milch oder Milchspeise. Mittags: Suppe, Kalbfleisch oder Huhn, gekocht oder gebraten, auch gekochtes Rindfleisch; Spinat, Kochsalat, Karotten, Kartoffelpüree, grüne Fisolen, junge Kohlrüben; Aufläufe, Omeletten, Nudeln, Milchspeise, Kompott; Weißbrot. Nachmittags: wie Frühstück. Abends: Gemüse und weiche Eier oder eine kleine Fleischauflage; Omelette oder Milchspeise. — Die einzelnen Mahlzeiten sollen nicht zu reichlich sein, da es nach dem Ausspruch v. Leydens bei der Diät Gallensteinkranker nicht so sehr auf das, „was gegessen werden soll", als darauf ankommt, wie viel gegessen wird.

Prof. Dr. A. **Pick**, Wien.

Ad 232. Guajakolpräparate. Wenn auch nachweisbarerweise die Sulfoguajakolpräparate im Darm kein Guajakol abspalten, so ist damit

natürlich noch nicht erwiesen, daß solches nicht sonstwo im Organismus doch geschieht. Es ist ferner auch nachweisbar, daß der Organismus Guajakol wie andere aromatishe Substanzen durch Bindung an Schwefelsäure, „die Ätherschwefelsäuren", entgiftet. Es ist aber die Frage, ob dies einerseits wirklich absolut restlos geschieht, und ob andererseits nicht ein wenn auch gewiß sehr kleiner Teil der in größerer Menge zugeführten Sulfoverbindung auf dem langen Wege vom Darm zur Niere gespalten wird, der Prozeß ist ja nicht irreversibel und über den intermediären Stoffwechsel weiß man sehr wenig. Die klinische Beobachtung zeigt entschieden, daß diese Präparate wirksam sind; nicht wenige Kranke verlangen selber dieselben wieder und wieder, weil sie die gute Wirkung fühlen, trotzdem sie von der „Wirkungslosigkeit" derselben unterrichtet wurden und andere „wirksame" Präparate versucht hatten. Ich kann mich übrigens der Meinug nicht entschlagen, daß vielleicht gerade die Wirkung kleiner Mengen von Guajakol, die aus einer wenig reizenden Verbindung abgespalten werden, die günstigere ist, ähnlich wie oft kleine Mengen Arsen besser wirken als große. Wir haben da übrigens bei den Kakodylaten ähnliche Verhältnisse; man möchte versucht sein, bei diesen Präparaten von einer verkappten Homöopathie zu sprechen.

Dozent Dr. F. **Erben**, Wien.

Medikamente.

Neo-Chinamyl, eine Verbindung von Chinidin, Chloralhydrat und Isovaleriansäure (Zentrallaboratorium der Staatsapotheken in Wien), bewährte sich R. Singer (Baden) hervorragend bei Herzneurosen. 46 Fälle wurden deutlich subjektiv und objektiv gebessert; von 16 Extrasystolikern verloren 10 vollkommen ihre Extrasystolie, 4 wurden wesentlich gebessert, 2 blieben unbeeinflußt. Auch die allgemeinen neurasthenischen Symptome werden beseitigt. Man verordnet vier bis sechs Perlen täglich; während eines Anfalles eventuell drei bis vier Perlen auf einmal. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. (W. m. W. Nr. 24, 1923.)

Instrumente und Apparate.

Leuchtfolien aus Zinksulfid verwendet Prof. G. Holzknecht (Wien) als leuchtende Markierungen im verdunkelten Röntgenzimmer, indem alle Schalter, Griffe und Geräte mit kleinen zurechtgeschnittenen Stückchen derselben beklebt werden. Man kann sich dann im Dunkeln ohne Herumtappen leicht orientieren.

Diese Leuchtfolien sind auch ein gutes Einschläferungsmittel, namentlich für Kinder, die infolge der plötzlichen Verdunkelung des Raumes schwer einschlafen. An der Lampe angebracht, leuchtet die Folie nach Verlöschen derselben automatisch auf, um dann allmählich abzudunkeln. Die Leuchtfolien speichern immer wieder Licht auf, um es im Dunkeln abzugeben. (Verkäuflich durch das Zentral-Röntgenlaboratorium des Allgemeinen Krankenhauses, Wien IX., Alserstraße.) (W. m. W. Nr. 18, 1923.)

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreise pro 1923, portofrei[1]: Für das zweite Halbjahr ö. *K* 12.000.—, Reichsmark 12.000.—, ungar. *K* 2000.—, pol. Mk. 20.000.—; ganzjährig č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 24.000.—, Mk. 30.000.—, č. *K* 30.—, poln. Mk. 30.000.—, ungar. *K* 3000.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—, ungar. *K* 10.000.—, Reichsmark 80.000.—, č. *K* 40.—, Dinar 100.—, poln. Mk. 100.000.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl.. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—.

(Die englische Ausgabe ist eine sorgfältige Übersetzung der Deutschen.)

Zahlungen vom Ausland werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da die Inlandspreise die Herstellungskosten des Blattes nicht decken.

---

[1] Die Erhöhungen der Bezugspreise gelten für noch ausständige Abonnements.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien**: Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark**: Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland**: Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen**: Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland**: Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien**: Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien**: Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen**: Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich**: Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen**: Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien**: Anglobank in Czernowitz. — **Schweden**: Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz**: Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei**: Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn**: Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen

---



*** An das Ausland wird die „Ars Medici" nur gegen dortige Valuta geliefert, weil auch der erhöhte Inlandspreis nicht einmal die Gestehungskosten deckt.**



Notizen.

Der zehnte Fortbildungskurs der Wiener medizinischen Fakultät für praktische Ärzte des In- und Auslandes findet in der Zeit vom 17. bis 29. September 1923 statt. Anschließend Seminarübungen vom 1. bis 6. Oktober. Programme und Anmeldungen beim Bureau der Fortbildungskurse: Wien IX., Frankgasse (Gesellschaft der Ärzte).

Gute Bücher.

Norbert Ortner: „Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten für Ärzte und Studierende.“ VI. Auflage, bearbeitet von V. Kollert. Verlag Braumüller, Wien—Leipzig. 1923. 858 Seiten. Grundpreis Mark 36.—.

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 29139

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 8. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. August 1923.

Interne Medizin.

Arhythmia perpetua — Scilla + Chinidin.

Von F. Kauffmann (Med.-Univ.-Klinik Prof. v. Bergmann, Frankfurt am Main).

Die Regularisierung der völligen Pulsarhythmie infolge Vorhofflimmerns bei Herzfehlern durch Chinidin gelingt meist nur vorübergehend und nicht in allen Fällen (in 29 von 50 elektrokardiographisch kontrollierten Fällen der Klinik = 58%). Dosiert wurde nach v. Bergmann: am ersten Abend probatorisch 0.2, an den folgenden Tagen bei Bettruhe 3 × 0.4; ausnahmsweise auch 3 × 0.6, jedoch nur durch zwei bis drei Tage, um den Chinidinblutspiegl zu erhöhen; nach der Regularisierung noch durch drei bis vier Tage kleinere Dosen. Die Diurese pflegt während der Behandlung langsam zu sinken, um nach derselben stark anzusteigen. Durch Kombination mit kalireicher Kost (Kartoffeln) oder auch Kalium chloratum, oder mit Strychnin oder Kampfer kann man die Chinidinwirkung verbessern. Eine etwa bestehende Dekompensation muß unbedingt vorher beseitigt werden; vor der Chinidintherapie schwer insuffizienter Herzen wird mit Recht allgemein gewarnt. Hiezu eignet sich die Meerzwiebel (Scilla maritima) besser als Digitalis. Kontraktionsgröße und Reizbarkeit des Herzens werden durch Digitalis erhöht, durch Chinidin hingegen herabgesetzt; ein Medikament schwächt also antagonistisch die Wirksamkeit des andern ab, weshalb auch ihre Kombination bei absoluter Arhythmie erfolglos bleibt. Chinidin darf nicht früher als vier Wochen nach der Digitaliskur gegeben werden. Dieser Antagonismus ist bei den Scillapräparaten viel geringer, weshalb unmittelbar nachher Chinidin gegeben werden kann, denn eine Kumulation von Scilla erfolgt überhaupt nicht oder nur in sehr geringem Maße. Man verordnet Bulb. Scillae pulv. oder Scillaren Sandoz, dreimal täglich 0.3 (bei hochgradigen Ödemen auch mehr, bis 3 × 0.6), solange, bis der Herzrhythmus langsam wird, die Dekompensation (Aszites usw.) beseitigt ist und Herz- und Radialispuls die gleiche Frequenz aufweisen (Beseitigung der frustanen Herzkontraktionen). Dies gelingt etwa in zehn Tagen, eventuell unter Mithilfe einer dreitägigen Carellkur. Hierauf noch am selben Abend 0.2 Chinidin und dann noch drei Tage 3 × 0.4. Anschließend eventuell noch Scilla durch mehrere Tage bis Wochen, um die erzielte Regularisierung zu verlängern. Nach Vorbehandlung mit Digitalis gelang die Regularisierung in 41.2%, nach Scilla in 61.1%, ohne Vorbehandlung (nur für Fälle ohne Dekompensation) in 66.6%.

Zur Beseitigung lästiger Extrasystolen, die berufsstörend wirken, ist Chinidin in kleinen Dosen, eventuell wochenlang gegeben, meist erfolgreich; in hartnäckigen Fällen ist die Kombination mit Scilla besonders wirksam. (M. m. W. Nr. 17, 1923.)

Botulismus nach Genuß von Gemüsekonserven.

J. Blum (Univ.-Klinik, Lindenburg in Köln) berichtet von drei schweren Erkrankungen an Botulismus nach Genuß von grünen Bohnen, die im Weckschen Apparat sterilisiert waren und ohne vorheriges Aufkochen genossen wurden; zwei der Kranken starben. Der Nachweis des Bac. botulinus gelang nicht, jedoch ließ sich in den Bohnen ein für Versuchstiere tödliches, thermolabiles Toxin nachweisen, und das Serum eines der Erkrankten war toxisch und tötete Meerschweinchen unter den bei Botulismus bekannten Lähmungen. Derartig bereitete Konserven dürfen demnach nur nach gründlichem Aufkochen genossen werden. (M. m. W. Nr. 17, 1923.)

Chronische Arthritiden — Kaseosan.

Folgende Technik wird von Mehl aus der Chir. Univ.-Klinik Gießen empfohlen: Nur subkutane oder muskuläre Injektionen, womöglich in der Nähe des erkrankten Gelenkes. Stürmische Allgemeinreaktionen sind zu meiden. Man beginne mit 0.5 subkutan, welche Dosis gewöhnlich reaktionslos bleibt, steigt dann auf 1.0, worauf gewöhnlich in 6 bis 24 Stunden vermehrte Schmerzen, Ziehen und Wärmegefühl in den befallenen Gelenken, sowie mäßige Mattigkeit und leichter Temperaturanstieg auftreten. Nach Abklingen sämtlicher Reaktionen, meist in drei bis vier Tagen, wird die reaktive Dosis solange wiederholt, bis in vier bis sechs Wochen zirka 20 bis 30 cm^3 Kaseosan verbraucht wurden. Bleibt auch 1.0 reaktionslos, so steigt man allmählich bis auf 5.0 pro dosi, jedoch nicht höher, da dann auch höhere Dosen wirkungslos bleiben. Nach den Reaktionen meist Besserung, Endresultat fast durchwegs ausgezeichnet. (M. m. W. Nr. 19, 1923.)

Diabetes gravis — gemischte Gemüseernährung.

Die gemischte Gemüsediät hat sich Marius Lauritzen (Kopenhagen) in hunderten Fällen von schwerem Diabetes als die erfolgreichste erwiesen. Man gibt täglich, auch jahrelang, etwa folgende Kost: 500 bis 800 g Gemüse, 150 g Rhabarber und Preiselbeeren, 75 g Butter, 100 g Speck und zwei Eier. Die Kost enthält also reichlich kohlehydratarme Gemüse und so wenig Eiweiß, daß Blutzucker und Azidose beseitigt oder ständig niedrig gehalten werden. Der Fettgehalt muß so gewählt sein, daß bei Erwachsenen das Körpergewicht gerade aufrecht erhalten wird, bei Heranwachsenden nur langsam und gleichmäßig ansteigt. Fett und Eiweiß dürfen nicht gleichzeitig vermehrt werden. Im Beginn können allerdings einige Wochen bei Behandlung unter Bettruhe und geringer Bewegung bis zum Eintritt des gewünschten Erfolges vergehen, wobei das Körpergewicht in der Regel zunächst etwas absinkt — schon vor 20 Jahren sagte Naunyn: ein schwerer Diabetiker kann ohne Gewichtsverlust nicht zuckerbefreit werden —, dann aber gelingt es oft durch obige Kost den Patienten jahrelang von diabetischen Symptomen und stärkerer Azidose freizuhalten.

Jeden Montag wird ein Gemüsetag mit individuell angepaßter Fettration eingeschoben, am Dienstag darauf werden die Rationen knapper gehalten, um bis zum Ende der Woche allmählich gesteigert zu werden.

An den letzten Wochentagen können später vorsichtige Fleisch- und Fischzulagen versucht werden. Ein bestimmtes Eiweißminimum gibt es bei Diabetes gravis nicht, die Eiweißmenge ist vielmehr so zu bemessen, daß Glykosurie und Azidose so gering wie möglich ausfallen.

In späteren Stadien kann man nach einem Gemüsetag eine Periode mit täglichen Zulagen von 25 bis 50 g Hafergrütze oder anderen Vegetabilien unter Ausschluß von animalischer Nahrung, Butter ausgenommen, einschalten, wobei man jedoch die Glykosurie nicht zu hoch ansteigen lassen darf. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1923.)

Diarrhoe Tuberkulöser — Therapie.

Nicht jede Diarrhoe bei Tuberkulösen braucht auf Enteritis zu beruhen; es kann sich z. B. auch um bloße dyspeptische Beschwerden handeln. Es genügt dann Verringerung der Nahrungsmenge, Weglassen von Fett oder schwerer verdaulicher Speisen. Erlaubt sind — auch bei Enteritis — Reis, Kefir, Kumyß, eventuell faschiertes Fleisch, leichte Mehlspeisen. Intern verschreibt man bei Dyspepsie: Rp: Natrii hydrocarbonici, Pancreatini, Pepsini, Maltose aa 0.20. M. f. pulvis. D. tal. dos. Nr. X. S. nach dem Essen ein Pulver zu nehmen.

Manchmal tritt bei tuberkulösen Frauen Diarrhoe auch zur Zeit der Menstruation auf.

Nachstehend eine Reihe erprobter Rezepte bei Diarrhoen der Phthisiker:

Rp: Bismuthi carbonici 0.80
Magnesii peroxydati 0.30
Opii in pulvere 0.05
M. f. pulvis. D. tal. doses Nr. X.
S. Dreimal täglich ein Pulver, eine Stunde vor dem Essen.

(Martinet.)

Rp: Methylenblau 0.10
Bismuthi subgallici
Carbonis animalis aa 0.20
M. f. p. D. tal. dos. X. ad caps. gelatin.
S. Mittags und abends eine Kapsel zu nehmen.

(Barbary.)

Rp: Bismuthi subnitrici
Tannigeni aa 0.50
M. f. p. D. tal. dos. X.
S. Je ein Pulver eine halbe Stunde vor und nach dem Frühstück zu nehmen.

Rp: Calcii phosphorici 0.50
Calcii carbonici puri 0.40
Natrii chlorati 0.05
(bei Schmerzen eventuell noch
Morphini hydrochlor. 0.005
M. f. p. D. tal. dos. X.
S. Mittags und abends ein Pulver vor dem Essen zu nehmen.

Rp: Cretae praeparatae 0.50
Codeini hydrochlorici 0.01
M. f. p. D. tal. dos. X. S. Zwei Stück täglich.

Rp: Methylenblau 0.10
Sacchari lactis 0.20
D. tal. dos. X. ad capsulas gelatin.
S. Zwei Kapseln im Tag zu nehmen.

Rp: Argenti colloidalis 1.00
Sacchari lactis 4.00
Glycerini qu. s. ut fiant pilulae Nr. XX.
S. Ein bis zwei Pillen täglich.

Schließlich intravenöse Kalktherapie; 2 bis 4 cm^3 nachfolgender Lösung:

Rp: Calcii chlorati 10.0
Aquae destillatae sterilisatae 20.0
F. sol. steril. S. zur intravenösen Injektion.

(Mandl.)

(Die Injektion hat streng intravenös zu erfolgen, sonst entstehen Infiltrate.)

(Journal des practiciens, Journal de médicine de Paris, beide vom 16. Juni 1923.)

Über Diurese und Diuretika.

Von Prof. C. R. Schlager (Berlin).

Vorwiegend auf den Allgemeinorganismus wirken diuretisch die diätetischen Methoden (Milchtage, Milchbreie mit Obstmus, Kartoffeltage usw.), Schwitzkuren, Aderlaß, Purgieren, Thyreoidin, Wasser, Kalium- und Kalziumsalze, Harnstoff, Zucker; vorwiegend auf die Niere die Purinkörper, die nierenreizenden Schwermetalle (Novasurol, Kalomel). Novasurol führt zu einer vermehrten Diurese von Wasser und NaCl, hemmt jedoch die Exkretion von Stoffwechselschlacken. Die Thyreoidinwirkung ist am deutlichsten in Fällen von Myxödem mit Albuminurie, die meist für Herz- oder Nierenkrankheiten gehalten werden. Bei kardialem Ödem ist die Wirkung von Liqu. Kal. acet. in Kombination mit Digitalis erprobt. Hingegen sind Kalium und Kalzium bei renalen Ödemen selten erfolgreich. Reine Zuckertage (150 g Traubenzucker in ½ l Wasser) schonen die Niere, ohne aber auffallend diuretisch zu wirken. Bei stabiler, symptomenarmer chronischer Nephritis, bei beginnender atherosklerotischer Schrumpfniere mit noch gutem Herzen und bei Prostatahypertrophie mit noch guter Blasenentleerung kann eine vorsichtige Probebelastung mit Wasser nicht nur eine Ausschwemmung von Wasser, sondern auch von mitgehenden Stoffwechselschlacken bewirken. Manchmal ist die einmalige plötzliche Wasserzufuhr, der „Wasserstoß" wirksamer. Bei Herzinsuffizienz und im Höhestadium der akuten Nephritis mit Ödemen ist die Wasserbelastung kontraindiziert. Die Wildunger Quellen wirken trotz ihres NaCl-Gehaltes diuretisch, da sie Kalium, Kalzium und Magnesium enthalten. In hartnäckigen Fällen kann die intravenöse Injektion von stark hypertonischer Zuckerlösung (25 bis 30%, 5 bis 10 cm^3) noch eine kräftige Diurese bewirken und eventuell die Nierendekapsulation ersparen. Nach einer NaCl-armen Ernährungsperiode kann auch eine einmalige

Na Cl-Zulage bei renalen Ödemen diuretisch wirken. Erstaunlich wirken oft sowohl bei kardialen als auch renalen Ödemen Zulagen von 30 bis 60 g Harnstoff pro die, wobei man nach ein bis zwei bis drei Harnstofftagen ein bis zwei salzhaltige Tage einschiebt. Gleichzeitig kann man nach Guggenheimer Kalzium oder Kalium verabfolgen.

Die Purinkörper sind bei vorwiegend extrarenalen Ödemen (Nephrosen, akute Kriegsniere, Amyloid) meist wirkungslos; bei kardialen und renalen Ödemen, namentlich bei arteriosklerotischen Nierenerkrankungen wirken sie meist befriedigend, wenn man die Mittel häufig wechselt oder alternierend anwendet. Sie können aber auch, namentlich bei akuten Nephritiden, nierenreizend und schädlich wirken (Hämaturie, vermehrte Albuminurie und Oligurie). Man beginnt am besten mit kleinen Dosen und versucht nur ausnahmsweise einmal eine plötzliche starke Belastung mit einer größeren. Am kräftigsten wirkt Euphyllin venös (2 cm³), sehr langsam injiziert (Brechreiz!); ausgezeichnet, aber unberechenbar in seinen recht unangenehmen Nebenwirkungen ist das Theacylon, von welchem man nicht mehr als dreimal 0.5 pro die verordnen soll; gut ist auch das Theocin. natr. acet. dreimal 0.1 bis 0.2 pro die, am besten rektal, wie die Euphyllinzäpfchen, zu geben; am mildesten ist das Diuretin (viermal 0.5 pro die).

Novasurol leistet bei Stauungsniere Unübertreffliches; ohne Herzmittel kann die Herzinsuffizienz mit Ödemen beseitigt werden. Bei Aszites wirkt es durchaus nicht immer; bei Nierenerkrankungen wurden häufig Schädigungen beobachtet. Akute Nephritis, vorgeschrittene chronische Glomerulonephritis, terminale Schrumpfniere und Darmstörungen sind Kontraindikationen. Schon die gleichzeitige Verabfolgung eines Abführmittels kann zu schwerer Hg-Proctitis führen. Dosierung: 1 cm³ venös; bei Erfolglosigkeit eventuell nach vier bis fünf Tagen noch 1.5 cm³ venös. Maximaldosis 2 cm³. (Jahresk. f. ä. Fortb., IV., 1923.)

Herzneurosen, nervöse Diarrhöen, Basedowoid usw. und Pankreasaffektionen

beobachtet Prof. F. Pineles (Wien) nicht selten vergesellschaftet. Für einen pathogenetischen Zusammenhang sprechen das gleichzeitige Vorhandensein von Fettstühlen, alimentärer Glykosurie, Abmagerung, Loewischer Pupillenreaktion auf Instillation von einigen Tropfen Adrenalin. Bei Reizzuständen im Sympathikus, Diabetes, Pankreaserkrankungen (Karzinom!) führt Adrenalin zu einer Mydriasis, während normal die Pupille auf Adrenalininstillation nicht reagiert. Die Probe ist ein wichtiges Hilfsmittel zum Nachweis von Pankreasstörungen. Ein Versuch mit Pankreon kann von überraschendem Erfolg sein. (Wiener Archiv f. i. Med., Bd. VI, H. 1, 1923.)

Lungentbc. — langsames Atmen.

Ausgehend von der Beobachtung, daß Tiere mit langsamer Atmung selten an Tbc. erkranken, empfiehlt Knopf für Tuberkulöse Atemübungen zur Herabsetzung der Atemfrequenz bis zu fünf Atemzügen in der Minute bei ausschließlicher Zwerchfellatmung. Diese Atemübungen sollen im Verlaufe der Liegekur mehrmals täglich durchgeführt werden und haben durch Ruhigstellung der meist erkrankten oberen Lungenabschnitte einen günstigen Einfluß auf die Lungentbc. (Ztschr. f. Tbc., Bd. 37, H. 5, 1923.)

Welche Lungentuberkulösen sind ansteckungsfähig?

Die Einteilung in offene Tbc. (mit Bazillenauswurf) und geschlossene Tbc. genügt für die Praxis nicht. Es gibt sicher aktive Prozesse, bei denen trotz sorgfältiger Untersuchung nie Bazillen im Auswurf gefunden werden. Nach Bräuning hat sich an der Lungenkrankenfürsorgestelle in Stettin folgende Einteilung bewährt:

1. Die „offenen Tuberkulösen", bei denen man immer oder fast immer Bazillen im Auswurf findet. Sie sind sehr infektiös, und zwar meist für lange Zeit. Hier sind alle hygienischen Maßnahmen strengstens durchzuführen, auch zwangsweise Entfernung aus der Schule usw.

2. Die „fakultativ offenen", und zwar a) die „selten offenen", bei welchen nur ausnahmsweise einmal Bazillen gefunden werden, eventuell nur im Tierversuch. Hier sind die hygienischen Maßnahmen auch durchzuführen, doch kann man sie zuweilen mildern, da diese Kranken die Bazillen öfters ganz verlieren. — b) Die „noch geschlossenen" Tuberkulösen, das heißt die Kranken mit feuchtem Rasseln, Lungenauswurf, erheblichem Röntgenbefund, Kranke dritten Grades, bei denen wir aber nie Bazillen finden. Hier ist ebenfalls auf hygienische Maßnahmen zu dringen, doch dürfen wir die gesetzlichen Zwangsmaßnahmen (Schulentfernung usw.) bei ihnen nicht anwenden, da die Infektiosität nicht nachgewiesen ist. Dafür ist hier oft und sorgfältig der Auswurf zu untersuchen. Heilverfahren behufs Verhütung des Offenwerdens sind hier ganz besonders wichtig.

3. Die „geschlossenen Tuberkulösen" ohne Bazillen und ohne die unter 2b genannten, auf offene Tbc. verdächtigen Erscheinungen. Hier ist die Heilbehandlung anzustreben, die meistens Erfolg zeitigt. Man wird natürlich auch hier für Husten- und Spuckdisziplin sorgen, braucht aber das Schreckgespenst der offenen Tuberkulose nicht vor Augen zu führen und kann sich auf die einfachsten hygienischen Maßnahmen beschränken. Selbstverständlich sind diese Kranken nicht aus Schule und Beruf zu entfernen, auch nicht, wenn sie einen sicheren Röntgenbefund haben. (D. m. W. Nr. 20, 1923.)

Novasurol als Diuretikum.

Nach E. Fodor (Jüd. Spital, Budapest, Abt. Prof. Benedikt) darf das Novasurol bei Blutdrucksenkung nur dann verwendet werden, wenn es gelingt, durch Digitalis- oder Strophantininjektionen die Herztätigkeit soweit zu bessern, daß der Blutdruck wieder ansteigt. Bis dahin sind nur die weniger heroischen Diuretika angezeigt. Bei gutem Blutdruck oder Hypertonie kann Novasurol sofort gegeben werden, selbst bei Polyserositis und Leberzirrhose. Bei niedrigem Blutdruck, hoher Albuminurie und zahlreichen Erythrozyten im Sediment ist Novasurol kontraindiziert. Es ist ferner oft ausreichend, nur alle ein bis zwei, selbst vier Wochen je 2.2 cm³ Novasurol zu injizieren, um den Körper dauernd entwässert zu halten. Unter diesen Kautelen wird man üble Folgen und Komplikationen nach Novasurolinjektionen vermeiden. (M. Kl. Nr. 20, 1923.)

Stenokardie bei Mitralfehlern.

Schmerzhafte Empfindungen in der Herzgegend und solche, die in das Herz selbst verlegt werden, sind bekanntlich bei Klappenfehlern nicht selten. Es gibt da alle Grade der Intensität bis zu ausgesprochenen Schmerzattacken, die der Angina pectoris sehr ähneln. Bei reinen Mitralfehlern kommen aber auch in selteneren Fällen echte schwere steno-

kardische Anfälle vor, gekennzeichnet durch den furchtbaren Druck hinter dem Brustbein, den unerträglichen Schmerz im linken Arm mit lähmungsartiger Schwäche und die entsetzliche Todesangst. Prof. M. Sternberg (Wien) weist an der Hand eines solchen obduzierten Falles nach, daß hier echte Koronarangina in strengem Sinne vorliegt, da es unter ganz bestimmten Verhältnissen zu einer temporären Kompression der besonders zartwandigen linken Koronararterie kommt. Therapeutisch ist daher bei solchen Fällen die Stauung durch protrahierte Digitalisbehandlung und im Anfall durch einen großen Aderlaß zu bekämpfen. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 97, H. 1/3, 1923.)

Die Röntgentherapie des Ulcus pepticum.

Lenk, Holzknecht und Seligmann (Zentral-Röntgen-Lab., Allg. Krankenh. Wien) bestätigen die günstigen Ergebnisse der in der neueren Literatur berichteten Versuche einer ätiologischen Ulkustherapie durch Röntgen.

1916 berichtete Bruegel über günstigen Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hyperazidität und Wilms über ausgezeichnete Erfolge bei Pylorospasmen. Lenk empfahl alle operierten Ulzera prophylaktisch nachzubestrahlen; nach Operationen neu auftretende Beschwerden, vor allem schlecht funktionierende Anastomosen werden durch Röntgen glänzend beeinflußt. Schulze-Berge erzielte in 52 von 77 Ulkusfällen volle klinische Heilung, in 16 Besserung.

Spasmen und Hyperazidität werden durch Röntgen wahrscheinlich infolge Herabsetzung des Vagustonus rasch (Spasmen oft schon nach einer Bestrahlung) beseitigt.

Technisch kommen zwei Applikationsarten in Betracht: I. Mittlere Dosis: zwei Felder vorne, über der Magengegend, ein Feld rückwärts à 150 cm^2, Fokushautdistanz 20 bis 25 cm; ein bis zwei Tage Pause zwischen den Feldern; parallele Funkenstrecke (Spitze-Platte): zirka 27 cm entsprechend kürzester Wellenlänge: 12 Centi-Angström; Oberflächendosis 5 bis 7 H. oder zwei Drittel Sabouraud-Noiré oder eine halbe Erythemdosis; Filter 0.2 mm Cu, Zn oder Messing. Serienpause fünf bis sieben Wochen; ein bis drei Serien.

II. Dosis refracta. Oberflächendosis 2 bis 3 H ≙ ein Fünftel bis ein Viertel der Erythemdosis auf jedes Feld mit einem Tag Felderpause, dreimal in drei Wochen hintereinander, dann drei Wochen Pause. Sonst alles wie bei I.

Die Erscheinungen des „Röntgenkaters" gehen mit einer Abnahme des Na Cl-Spiegels im Blute einher. Durch Verabreichung von Kochsalz kann man den Röntgenkater leicht verhüten und bekämpfen. Man gibt am einfachsten (bei Dosierung I) per os 3 g Na Cl (in Gelatinekapseln) unmittelbar vor der Behandlung, während derselben zwischen zwei Feldern 2 g und weitere 5 g nach der Bestrahlung. Oder man gibt ein Klysma von 600 cm^3 körperwarmem Wasser, in dem eineinhalb bis zwei Eßlöffel Na Cl aufgelöst wurden. In akuten Fällen 10 cm^3 einer 10% Na Cl-Lösung venös in fünf bis acht Minuten (steril fertig erhältlich als „Röntgenosan" der Chemosanwerke Wien). (Wiener Archiv f. inn. Med., Bd. VI, H. 1, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Chorea minor — Luminal.

Vor einigen Jahren haben Luce und Feigl wärmstens das Luminal bei Chorea empfohlen („Ars Medici" 1918, S. 351). Sie äußerten sich sehr abfällig über die traditionelle Therapie (Salizyl, Arsen, Brom, Chloral, Amylen, Skopolamin); ihr gegenüber bringe das Luminal schnelle Beruhigung und „befreie die kleinen Patienten aus der Matratzengruft". Die von ihnen empfohlenen Dosen sind hohe: viermal täglich 0.05 g, in einem besonders schweren Falle viermal täglich 0.2 g Luminal. — Bernauth (Kinderklinik, Jena) prüfte das Verfahren nach und kann die glänzenden Resultate nicht ganz bestätigen. Eine eklatante Wendung zum Besseren konnte er vom Luminal nicht sehen und empfiehlt es nur zur Unterstützung der allgemein geübten Behandlungsverfahren. Als Unterstützungsmittel wirkt es allerdings gut. Die oben genannten Dosen sind wohl etwas zu hoch. Man beginne lieber mit zwei- bis dreimal täglich 0.05 Luminal und steige bei guter Verträglichkeit auf viermal 0.05, aber nicht darüber. Vorsicht ist umsomehr am Platze, als das auch bei Erwachsenen hie und da beobachtete Exanthem bei Kindern besonders häufig auftritt (in den fünf Fällen Luce und Feigls dreimal, in den neun Fällen des Verfassers ebenfalls dreimal). Das Exanthem ist urtikaria- oder masernähnlich, meist juckend und verschwindet in zwei bis vier Tagen spontan, selbst wenn die Luminaltherapie vorsichtig fortgesetzt wird. (Klin. Wschr. Nr. 25, 1923.)

Über Migräne

referierten Hahn und Stein (Teplitz) auf der XII. Jahresvers. d. Nervenärzte in Halle. Sie fassen den Migräneanfall als eine Krise der zerebralen Gefäße auf. Die Migräne ist nach ihnen eben nur ein Sypmtom einer krankhaften Disposition aller Gefäße zur spastischen Verengerung auf Reize, die bei Normalen die Gefäße noch nicht beeinflussen („Angiodyspraxie"). Für diese Theorie sprechen die zahlreichen Zeichen transitorischer Ischämie in bestimmten Hirnrindengebieten, die bei Migräne auftreten können: transitorische Amaurose, Flimmerskotom, Hemianopsie, Hemiplegie, Augenmuskellähmung, Aphasie. Ferner sprechen für die Auffassung der Migräne als Gefäßkrise: die Blutdrucksteigerung, die häufige Erkrankung der Hirngefäße der Eltern der Migränekranken (die Verfasser fanden in der Anamnese in der Aszendenz Lues in 65% der Fälle, Tbc. in 12%, Alkoholismus in 8%, Hirngefäßsklerose in 15%), die Zusammenhänge zwischen Migräne, Epilepsie und Herzneurose, die sogenannten vasomotorischen Begleiterscheinungen der Migräne und schließlich die Wirksamkeit derselben Therapie bei Migräne wie bei den übrigen Gefäßkrisen. — Die Verfasser empfehlen als Behandlung intravenöse Papaverininjektionen im Anfall; sie konnten damit in 90% der Fälle den Anfall kupieren und bei fortgesetzter Injektionsbehandlung auch Dauerheilungen erzielen. Bei dem häufigen Zusammenhang mit Lues congenita wäre auch an Jod zu denken.

In der anschließenden Diskussion wurde fast allgemein diese einfache Theorie der Pathogenese der Migräne abgelehnt. Es scheinen hier doch mehr Störungen endokriner Drüsen und Anaphylaxie (vielleicht ähnlich der anaphylaktischen Theorie des Asthmas; vgl. „Ars Medici" 1922, S. 451) die Hauptrolle zu spielen, zuweilen scheint ein Mißverhältnis zwischen Schädelkapazität und Gehirnvolumen vorzuliegen. In therapeutischer Hinsicht rühmte Löwenthal das Radiumemanatorium, Auerbach

konsequente Brombehandlung, Mingazzini die Lumbalpunktion, Mendel Luminal, Peritz Luminal und bei vorhandenem Chvostekschem Zeichen, also vorliegender Spasmophilie intravenöse Kalkinjektionen. Grünbaum berichtete, daß er in zwei Fällen nach erfolgloser üblicher Therapie prompte Wirkung von Epiglandol sah. (D. Ztschr. f. Nervenh., Bd. 7, H. 1/6, 1923.)

Unterernährungspsychosen vom Pellagratypus.

Die Pellagra war bisher in Deutschland ziemlich unbekannt; ihr Auftreten beschränkte sich in Mitteleuropa auf die Bukowina, Ukraine und einige andere östliche Gegenden mit vorwiegender Maisernährung der Bevölkerung. Prof. Bonhoeffer (Berlin) macht nun darauf aufmerksam, daß sich in Deutschland eigentümliche Psychosen mehren, die nach genauester Durchforschung nur als Hungerfolgen zu erklären sind. Daß sich nach Hungerödem und Hungerosteopathie nun auch solche Hungerfolgen in Deutschland zeigen, ist eigentlich nicht verwunderlich. Die psychischen Krankheitserscheinungen bestehen in erhöhter Empfindlichkeit gegenüber exogenen Ursachen (Melancholie, Angst, Stimmungswechsel), daneben treten psychomotorische Züge von rhythmisch-hyperkinetischer und akinetischer Art auf, häufig mit Delirien. Die stets begleitenden Hauterscheinungen haben die für die Pellagra charakteristische Lokalisation an den unbedeckten Körperstellen: braunes, trockenes, borkiges, schuppendes Exanthem an Handgelenken, Fingern und Gesicht, zuweilen Blutungen und Schwellungen am Zahnfleisch. Im Krankheitsbeginn zeigt sich Schwächegefühl, schweres Krankheitsgefühl, Beschäftigung mit Todesgedanken, Suizidversuch, Anfälle von Schwindel, Bewußtlosigkeit, Versagen der Beine, Blaseninkontinenz, gesteigerte Reflexe. Die Prognose ist schlecht, die meisten der beobachteten Kranken starben. (D. m. W. Nr. 23, 1923.)

Chirurgie.

Äther- und Chloroformproben.

E. Baumann vertritt die Ansicht, daß Chloroform nicht gefährlicher sei als Äther, und daß die meisten üblen Narkosezufälle auf verunreinigtes Narkotikum zurückzuführen seien, wie sich in seinem Krankenhause in Wattwil (Schweiz) erwiesen habe. Chloroform und Äther müssen immer getrennt, nie in Mischung aufbewahrt werden; angebrochene Flaschen dürfen nicht mehr verwendet werden. Aber auch bei uneröffneten Flaschen sind von Zeit zu Zeit folgende Proben anzustellen:

A. Ätherproben.

1. Jorrissonssche Probe. Das Jorrissonsche Reagens ist eine Auflösung von 0.4 g Vanidinsäure in 4 cm^3 Schwefelsäure von 1.84 spezifischem Gewicht, die mit Wasser auf 100 cm^3 verdünnt wird. Werden 10 cm^3 Äther mit 2 cm^3 Jorrisson-Reagens geschüttelt, so darf sich das grünlich-bläuliche Reagens nicht rot oder rosarot färben. Die Probe ist sofort beendet, erfordert kein Warten. Daneben auszuführen ist die

2. Nesslersche Probe: 10 cm^3 Äther + 1 cm^3 Nesslersches Reagens werden zusammen wiederholt in einem Glasstöpselglase geschüttelt. Es darf keine Färbung oder Trübung auftreten, sich höchstens eine schwache weißliche Opaleszenz zeigen. Die Probe ist ebenfalls schnell.

Die übliche Jodkaliprobe und Ätzkaliprobe sind unzuverlässig.

B. Chloroformproben.

1. Verschärfte Langgaartsche Probe: Häufiges Schütteln von 20 cm³ Chloroform, 15 cm³ Schwefelsäure und vier Tropfen Formaldehydlösung in einem 3 cm weiten, mit Schwefelsäure zuvor gespülten Glasstöpselfläschchen. Die Schwefelsäure darf sich innerhalb einer halben Stunde nicht färben.

2. Silbernitratprobe: Schütteln von 20 cm³ Chloroform und 10 bis 20 cm³ Wasser, Abheben von etwa 5 cm³ Wasser. Letzteres wird vorsichtig über eine gleiche Menge verdünnter Silbernitratlösung (1:20) geschichtet, worauf keine Trübung eintreten darf.

Die übliche gewöhnliche Schwefelsäureprobe für Chloroform ist zu unscharf. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 20, 1923.)

Furunkulose und Schweißdrüsenabszesse — Röntgen.

Fuhs (Klinik Riehl, Wien) berichtet über sehr günstige Erfolge. Eine einmalige Bestrahlung eines kleinen umschriebenen Hautfeldes (etwa 10 × 10 cm) mit einer Epilationsdosis harter, gefilterter Strahlen (6 H durch 2 mm Aluminium, Fokusabstand 20 cm) bewirkt nicht nur am Orte der Bestrahlung einen rascheren Ablauf der Entzündung, sondern auch an den nicht bestrahlten entlegenen Körperpartien hören in wenigen Wochen die Nachschübe der Furunkel in überraschender Weise auf; es muß sich um eine vermehrte Bildung spezifischer Schutzstoffe durch Zerfallseiweiß handeln. Interessant ist noch ein Fall, wo im Anschluß an ein nässendes Ekzem fast des ganzen Körpers Schweißdrüsenabszesse in beiden Axillen auftraten. Diese wurden durch Röntgenbestrahlung schnell geheilt. Nach Monaten rezidivierte das nässende Ekzem, aber die einmal bestrahlten Achselhöhlen blieben selbst bei diesem Kranken mit seiner so empfindlichen Haut frei von Abszessen. (Derm. Wschr. Nr. 18, 1923.)

Die Köhlersche Erkrankung der Metatarsophalangealgelenke

ist nach Prof. G. Axhausen (Berlin) viel häufiger als man ursprünglich dachte. Die Frühdiagnose in der Praxis ist die Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie. Es handelt sich um Schmerzen, die ausnahmslos in der Gegend des zweiten, seltener dritten Metatarsophalangealgelenkes lokalisiert werden, zu Gehstörungen (Hinken) führen und mit gleichzeitiger leichter Schwellung des Fußrückens beginnen, die mit der Zeit zurückgeht, während die Schmerzen anhalten. Am häufigsten sind Mädchen von 10 bis 16 Jahren befallen. Ursache unbekannt. Das Röntgenbild ist im Beginn negativ, zeigt aber bald eine Abflachung und Strukturverdichtung der zweiten metatarsalen Gelenkfläche mit seitlicher Zackenbildung, wie wenn sie eingedrückt wäre. Später ist die ganze Epi- und Metaphyse abgeflacht, verdichtet und durch Knochenauflagerungen verdickt. Sind verdichtete Zonen von helleren umgeben, so entstehen sequesterähnliche Bilder. Schließlich entsteht eine Impressionsfraktur, das Metatarsalköpfchen ist völlig deformiert und zeigt das Bild einer schweren Arthritis deformans.

Axhausen konnte histologisch nachweisen, daß es sich um eine Arthritis deformans juvenilis handelt. Jede deformierende Arthritis ist bedingt durch eine Ernährungsstörung des Gelenkendes, und zwar entweder des Knorpels (chondrale Form) oder der Epiphyse (ossale Form). Die Köhlersche Krankheit ist das Schulbeispiel der ossalen Form einer Arthritis deformans (ebenso die A. d. juvenilis coxae).

Ätiologisch handelt es sich wahrscheinlich um Epiphysenekrosen infolge Gefäßverschlusses durch tuberkulöse oder pyogene Emboli mit wenig

virulenten Bakterien, die von den Schutzkräften des Organismus bald überwunden werden. Die Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes erklärt sich aus der erhöhten Belastung des Metatarsalköpfchens infolge des erhöhten Absatzes des Damenschuhes.

Therapeutisch ist das Auftreten der Nekrose nicht zu verhindern, wohl aber das Abbrechen der toten Epiphyse, indem man einen queren Holzstab in der Schuhsohle proximal von der Gegend der Metatarsalköpfchen anbringt, so daß die Belastung vom Köpfchen auf den Halsteil der Metatarsen übertragen wird. Durch diese Sprosse werden auch die Schmerzen beseitigt. Ist bereits die Impressionsfraktur eingetreten, so ist die Resektion des Köpfchens angezeigt. (M. Kl. Nr. 17, 1923.)

Beim Peniskarzinom

erreicht man am ehesten Dauerheilung durch vollkommene Emaskulation mit breiter Freilegung und Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits. Die Urethra wird in den Damm zwischen Peniswurzel und After eingepflanzt. Dax (München) berichtet über einen vor einem Jahre operierten, rückfallfreien Fall; der Kranke hat seither 10 kg zugenommen. (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 172, H. 5/6.)

Zur Warzenentfernung

hat Büdinger seinerzeit Kelenvereisung empfohlen. Blendermann (Chir. Klinik, Greifswald) berichtet, daß er mit dem Verfahren neben Erfolgen auch Mißerfolge hatte. Ihm hat sich folgende Methode als sicher wirksam und schmerzlos bewährt: Bepinselung der Warze und deren Umgebung mit Jodtinktur, Vereisung mit Chloräthyl so vollkommen, daß die Warze wie ein Eiszapfen die ebenfalls völlig vereiste Haut überragt, dann Auskratzung der Warze in toto mit dem scharfen Löffel, Komprimierung des Wundbettes behufs Blutstillung und Anlegung eines komprimierenden Verbandes mit Vioformgaze. Man kann so Warzen auch an unangenehmen Stellen (Nagelfalz, Gesicht, Fußsohle) glatt schmerzlos entfernen. (D. m. W. Nr. 20, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Aufrichtung des retroflektierten graviden Uterus

wird bekanntlich (vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 264) die bimanuelle Reposition, eventuell in Knieellenbogenlage, empfohlen. Gelingt die Reposition nicht, so bringt der Quecksilberkolpeurynter oft Erfolg, doch gibt es wohl heute in Mitteleuropa kaum eine Klinik oder einen Frauenarzt, der über ein genügend großes Quantum Quecksilber verfügt. Prof. Unterberger (Königsberg) empfiehlt einfach Anschnallung der Kranken an den Operationstisch und Verbringung in stärkste Beckenhochlagerung für 10 bis 15 Minuten. Manchmal muß das Verfahren an den nächsten Tagen wiederholt werden. In allen drei Fällen, in welchen der Verfasser das Verfahren versuchte, war es erfolgreich. Es bereitet keine Schmerzen, der Uterus wird nicht durch Repositionsversuche mißhandelt. Die Reposition erfolgt wohl durch den negativen Druck im Abdomen. Die Methode läßt sich auch im Privathause improvisieren: ein viereckiger Tisch wird gepolstert und an einer Seite zwei feste Stühle unter den Tisch geschoben. Das Verfahren dürfte wohl nur bei Verwachsungen des Uterus mit dem kleinen

Becken versagen, solche Verwachsungen sind aber erfahrungsgemäß in der Gravidität sehr selten. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 18, 1923.)

Bei Brustwarzenschrunden Stillender

empfiehlt Hinderfeld (Essen): Von der Lösung Plumbi acetici 0.5, Gummi arab. pulv. 0.2, Aqu. dest. et sterilis. ad 30.0 werden zwei bis drei Tropfen auf die erkrankte Mamilla gebracht, über die dann ein aus dünnstem Blei hergestelltes Warzenhütchen mit zwei kreuzweise angelegten Heftpflasterstreifen fixiert wird; nach jedem Stillen Wiederholung der Prozedur. Das Wirkungsprinzip ist das der „feuchten Kammer". (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 61, 1923.)

Die konservative Behandlung der chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen

beginnt jetzt wieder in den Vordergrund zu treten. E. Eckstein (Teplitz-Schönau) hat in 30jähriger Praxis die Scheidenspülungen mit Jodzusatz nach folgender Verordnung aus der alten A. Martin'schen Klinik in Berlin: „Rp. Tinct. jodi, Sacch. alb. aa 25.0, Kalii jodati 5.0, Aq. dest. 175.0, S. 1 Eßlöffel zur Spülung" als souveränes Verfahren schätzen gelernt. Bei akuten Symptomen sind Jodspülungen kontraindiziert. Gleichzeitige Menorrhagien werden durch Tonisierung des Uterus mittels Fritsch'er Pillen behoben: Rp. Ergot., Extr. Hydrast. fluid., Extr. Gossyp., Sacch. alb. ana 4.0, M. f. pill. No C. S. dreimal täglich 3 Pillen. Eine ausgezeichnete Ergänzung der Jodspülungen sind Rektalsuppositorien aus Morph. mur. 0.01, Ichthyol 0.1, Butyr. Cacao 2.0.

Bei starken Beckenexsudaten sind vor allem Einreibungen des Abdomen mit Unguent. cinereum und nachfolgendem feuchtem Wickel wirksam. Vor jeder Jodspülung ist eine Spülung mit Franzensbader Moorlauge zu empfehlen. Unterstützend wirken Balneotherapie, Diathermie, Lichttherapie und vor allem Röntgenbestrahlung chronisch entzündlicher Adnextumoren. Die Operation kommt nur als ultimum refugium und nur in ganz wenig Fällen in Betracht. (Fortschr. d. Med., Nr. 5, 1923.)

Dysmenorrhoe — Benzylbenzoat.

Quack (Berlin) empfiehlt das Benzylum benzoicum (Merck; vgl. „Ars Medici" 1923, S. 294) in 20%iger alkoholischer Lösung, drei Tage vor dem Mensesbeginn einsetzend, dreimal täglich 20 Tropfen. Das Präparat bewährt auch hier seine ausgezeichnete antispasmodische Wirkung. Bei Fällen mit normalem Genitalbefund oder bei Infantilismus 65% gute Resultate. (M. Kl. Nr. 8, 1923.)

Die Gynäkologie des praktischen Arztes.

Aus einer Vortragsserie von E. Runge (Leiter der Frauenklinik am Urban.)

Fluor albus. Weißlicher, krümeliger, nicht fadenziehender, nicht eitriger Ausfluß. Häufig bei unterernährten jung verheirateten Frauen und auch Virgines. Therapie lediglich allgemein roborierend Arsen, Eisen. Cave Spülungen, die durch ungünstige Beeinflussung der Bakterienflora der Vagina eher schaden!

Vaginitis simplex. Der Fluor ist reichlicher, mehr eitrig, oft übelriechend, enthält die verschiedensten Scheidenbazillen, jedoch keine Gonokokken. Ätiologie: Erkältungen, Koitus, Masturbation, Fremdkörper, Pessare usw. In akuten Fällen erscheint beim Einführen des Milchglas-

spekulums die Vaginalschleimhaut hochrot entzündet, mit schleimigem Sekret bedeckt (Therapie: Kamillenteespülungen); in chronischen ist sie nur fleckweise gerötet (Therapie: Spülungen mit gereinigtem Holzessig, ein Eßlöffel auf 1 l Wasser oder anderen Adstringentien, eventuell abwechselnd mit Trockenbehandlung mittels Pulverbläser). Druckgeschwüre durch Fremdkörper werden jodiert.

Bei der Vaginitis vetularum adhaesiva ist das Scheidenrohr starr, oft so verengt, daß selbst der kleine Finger nicht mehr eindringen kann und außerdem häufig durch Adhäsionen ganz oder teilweise verschlossen. Therapie meist unnötig; bei reichlicherem Ausfluß Holzessigspülungen.

Schmerzen beim Koitus können bedingt sein 1. durch ein sehr resistentes Hymen, das an mehreren Stellen inzidiert und täglich durch Einführen zweier Finger gedehnt werden muß; 2. durch ein Ekzem am Scheideneingang (Kamillenteeumschläge) und 3. durch Vaginismus: Schon die Berührung des Scheideneinganges mit dem Finger löst Muskelkrämpfe und Schmerzen aus. Therapie: Koitusverbot durch einige Wochen, Suggestivtherapie, Inzision und Dehnung des Hymenalringes in tiefer Narkose. Manchmal genügt das Aufstreichen einer Anästhesin- oder Kokainsalbe auf den Scheideneingang fünf bis zehn Minuten vor dem Koitus.

Vulvitis. Juckreiz, Akne, Ekzeme an den äußeren Genitalien meist Folge mangelhafter Reinlichkeit bei Fluor. Im akuten Stadium Kamillenteekompressen, dann häufige Waschungen mit sorgfältigem Einpudern (Dermatol usw.), gelegentlich auch Zinksalbe. In hartnäckigen Fällen Rasieren der Schamhaare und jeden dritten Tag Betupfen mit Jodtinktur, 1‰ Sublimat oder 3% Karbolsäure.

Das Ulcus molle sitzt meist am Frenulum oder den kleinen Labien, eitert stark (im Gegensatz zum Primäraffekt); oft gegenüberliegendes Kontaktgeschwür; Leistendrüsen sehr schmerzhaft, oft vereitert. Therapie: Vioform- oder Xeroformpuder, Bettruhe, Eisbeutel, Inzision.

Das Ulcus durum sitzt meist in der Gegend des Frenulum, der Klitoris oder auch seitlich am Scheideneingang. Breite Kondylome (Lues!) bilden in der Umgebung der Vulva und des Afters flache, leicht erhabene, eiternde Geschwüre. Zum Spirochätennachweis ist für die Praxis das Tuscheverfahren am einfachsten: Auf den Objektträger gibt man nebeneinander je eine Platinöse instrumentell exprimierten Sekretes, steriles Wasser und chinesische Tusche. Diese drei Stellen werden miteinander vermengt, durch die Kante eines zweiten Objektträgers feinst ausgebreitet, luftgetrocknet. Unter Ölimmersion sieht man die Spirochäten als helleuchtende, feine, spiralige Fäden mit acht bis zehn bis zwölf Windungen auf schwarzem Untergrunde.

Soor der Vulva. Den äußeren Genitalien haften weißlichgraue Stippchen oder Membranen an, deren Unterlage bei ihrer Entfernung leicht blutet. Meist Folge von Unreinlichkeit, häufig bei Schwangeren. Therapie: Kräftiges Abreiben mit 1‰ Sublimat.

Kolikartige Schmerzen vor Beginn der Menstruation, die mehr oder weniger schwinden, wenn einmal die Blutung richtig in Gang kommt, sind verursacht durch mechanische Behinderung des Blutabflusses, z. B. infolge spitzwinkeliger Anteflexio uteri, oder durch abnorme Enge des Zervikalkanales. Letztere beseitigt man am besten in einer Sitzung mit Metalldilatatoren in wachsender Stärke, eventuell kombiniert mit seitlicher Diszision des unteren Zervixabschnittes. Laminariadilatation ist wegen der zweifelhaften Asepsis, der Möglichkeit der Sekretstauung und des häufigen Aufquellens des oberhalb des rigiden

Muttermundes in die Korpushöhle hineinragenden Anteiles des Stiftes, so daß dessen Entfernung schwierig wird, weniger zu empfehlen.

Gynatresie. Meist handelt es sich um Mädchen unter 20 Jahren, die darüber klagen, noch keine menstruelle Blutung gehabt zu haben, wohl aber alle vier Wochen für einige Tage Schmerzen im Leib. In letzter Zeit sind die Unterleibsschmerzen anhaltend und der Leib ist aufgetrieben. Infolge des angeborenen oder entzündlichen Verschlusses des Hymens, des Vaginalrohres oder des äußeren oder inneren Muttermundes sammelt sich das Blut in der Vagina (Hämatokolpos) und eventuell im Uterus (Hämatometra) und in der Tube (Hämatosalpinx) an und treibt den Unterleib auf. Heilung durch Spaltung der Atresie; bei Hämatosalpinx Laparatomie.

Harninkontinenz nach Geburten kann bedingt sein durch Blasenschwäche, aber auch durch Fisteln zwischen Blase oder Harnröhre einerseits und Scheide bzw. Zervix andererseits. Kleine Fisteln erkennt man durch Füllen der Blase mit irgend einer gefärbten Flüssigkeit oder Milch und Beobachtung der Vagina mittels Spekula, ob und woher Blaseninhalt in die Scheide abfließt. Bei kleinen Fisteln kann es gelingen, durch Ätzen der Ränder mit dem Lapisstift und eventuelles Einlegen eines Verweilkatheters in die Harnröhre zur Ruhigstellung der Blase, Heilung auf konservativem Wege zu erzielen. Operationen müssen häufig wiederholt werden, da Rezidive nicht selten sind. (M. Kl. Nr. 6 bis 19, 1923.)

Pädiatrie.

Keuchhusten — Ätherbehandlung und andere Behandlungsarten.

Die Ätherbehandlung des Keuchhustens („Ars Medici“ 1923, S. 130) lobt Gräser (Ödenburg). Er hatte zwar nur 15% prompte Vollheilungen, aber stets Besserung. Er empfiehlt, bei leichten Fällen zuzuwarten, aber bei heftigem Erbrechen oder sonstigen Komplikationen bald Äther anzuwenden. Man injiziert jeden zweiten bis dritten Tag intramuskulär bei Kindern bis zu einem Jahre je 1 cm³ Äther, bei Kindern über einem Jahre je 2 cm³ im ganzen meist drei bis sechs Injektionen. Subkutan appliziert verursachen die Ätherinjektion Nekrosen, die langsam mit eingezogenen Narben ausheilen. Daher ist der Injektionstechnik große Sorgfalt zuzuwenden; möglichst dünne, lange Injektionsnadel, damit der Äther auch beim Herausziehen der Nadel nicht ins subkutane Fettgewebe nachfließe; Einspritzung recht tief in die Glutaei. (D. m. W. Nr. 17, 1923.)

Die Äthertherapie wurde 1920 von Audrain mitgeteilt. Er gab jeden zweiten Tag Säuglingen 0.5 bis 1.0, älteren Kindern 1.0 bis 2.0 intraglutäal. Prophylaktisch genügten meist drei, therapeutisch sechs bis acht Injektionen. Am besten wirkte der Äther im Krampfstadium, bei unkomplizierten Fällen. Nach den übereinstimmenden Berichten vieler Autoren (Aroma, Castorina, Dufour, Fernandez, Genvese, Larramendi, Magni, Maucinelli, Matarese, Milio, Veltoni, Veronese u. a.) vermindert sich nach fünf bis zehn Injektionen die Zahl und Stärke der Anfälle, die Behandlungsdauer wird abgekürzt, und der Keuchhusten klingt als einfacher Katarrh ab; nur in seltenen Fällen steigerten sich anfangs die Anfälle vorübergehend. Allerdings mangelt es auch nicht an gegnerischen Stimmen (Auricchiv, Klotz, Variot), welche die Äthereinspritzungen ablehnen, teils als unwirksam, teils wegen der Gefahr der Hautnekrose. Letzterer trachtet man durch Kompression der bei der Injektion aufgehobenen Hautmuskelfalte im Momente des raschen

Herausziehens der Nadel zu begegnen, um nichts in den Stichkanal oder subkutan gelangen zu lassen. Außer dem Äthyläther wird auch Kampferäther (Reim) empfohlen, und zwar im ersten Lebensjahr 0.05 Kampfer auf 1.0 Äther, älteren Kindern 0.1:2.0.

Eine andere, moderne und in Italien besonders oft angewandte Therapie des Keuchhustens ist die Vakzine- und die Serumbehandlung. Aus Reinkulturen des in den Ländern der Entente als Erreger der Pertussis anerkannten Coccobacillus Bordet-Gengou wird durch ein umständliches Verfahren eine Vakzine gewonnen, die im Kubikzentimeter 2 Milliarden Keime enthält. Hievon spritzt man 1 bis 2 cm^3 pro die subkutan oder intramuskulär mehrere Tage hindurch ein und erzielt so bei reinen, unkomplizierten Fällen (mit sicher nachgewiesenen Bazillen oder bei positivem Ausfall der mit dem Vaccin angestellten Intrakutanprobe) raschen Heilerfolg. Vorbeugend genügen gewöhnlich drei Injektionen (Lentini, Spolverini, Luttinger, Shaw), heilend sechs bis sieben Einspritzungen jeden zweiten Tag (Castorina, Luzzati, Matarese, Meyers, Talbot). Auch ätherisierte (Cavazutti, Veltoni) und Mischvakzine — mit Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Pneumococcus, Bacillus influenzae, Micrococcus catarrhalis — (Appel, Bloom, Meyers) werden vielfach angewendet. Andere treten wieder für die kombinierte Äther- und Vakzinetherapie — jeden zweiten Tag eine Injektion — ein (Gioseffi, Friedlander, Graham, Hartshorn und Moeller, Heß, Matarese, Miriel). In Italien und Spanien sind diese Vakzinen unter den Namen: „Dmetys" nach Poulence (Miriel), „Caronia di Cristina" (Cammerata, Auricchiv), „Ferran" (Gonzalez Alvarez) und „Nicolle" (Luzzati) bekannt. Der Krankheitsverlauf soll reaktionslos, ohne Schädlichkeiten sein. Selten sind die Stimmen, welche sich ablehnend verhalten (Klotz in Deutschland, Davies in Amerika, Paterson und Smellie in England).

Außer der spezifischen Vakzine wird auch der Blattern-Erstimpfung (nicht aber der Revakzination!) keuchhustenkranker Kinder von manchen Autoren (Hammes, Klotz) besondere therapeutische Bedeutung beigemessen; die Anfälle sollen hiedurch, besonders im Beginn der Erkrankung prompt günstig beeinflußt werden.

Auch die Methode von Kraus: subkutane Einspritzung homogenisierten, sterilisierten, tuberkelbazillenfreien Keuchhustensputums, wird gelobt (Klotz); doch ist die Herstellung des Präparates ziemlich schwierig und wird die Wirkung auch als parenterale Eiweißtherapie aufgefaßt, ähnlich der auch gelegentlich mit Erfolg angewandten Milchinjektion (Rietschel).

Eine Art Übergang von der Kuhpockenimpfung zur Serumbehandlung des Keuchhustens bilden die Bestrebungen, letzteren durch Einspritzung des Serums frisch mit Kuhpocken geimpfter Kälber zu heilen (Schubert, Stern, Violi), doch sind auch Arbeiten erschienen, in denen diesem Serum jede Wirksamkeit abgesprochen wird (Klotz, Bardach).

Aus der Fülle der gegen Pertussis angewandten medikamentösen Mittel sollen hier nur einige neuere angeführt werden:

1. Benzylbenzoat in 20% alkoholischer Lösung mit 1 bis 5% Benzaldehyd als Korrigens, 0.3 bis 1.8 pro dosi (5 bis 40 Tropfen) vierstündlich, in Zuckerwasser (Macht, Mc Murray). Das Mittel ist ungiftig, die Wirkung antispasmodisch und anästhesierend.

2. Der Syrupus eriodactyli californensis (V e l t o n i), bestehend aus
2 g Extract. fluid. eriodact. caliform.,
1 g Magnesia usta,
28 g Saccharum und
15 g aqua destillata.

3. Chineonal (S t a r k), eine Verbindung von Chinin und Veronal, pro Jahr und Dosis 0.05, vier- bis fünfmal täglich, intern; ferner Chinin-Urethan intramuskulär (Nekrosengefahr!) oder Hydrochininum hydrochloricum (Tussalvin).

4. Thymipin (H e i n z und S c h o t t e n h e i m), ein Dialysat aus Drosera rotundifolia, Thymus vulgaris und Pinquicula alpestris.

5. Subkutane Injektion von Magnesium-sulfuricum bei Glottiskrampf auf spasmophiler Grundlage (N a s s o).

Von neueren, physikalischen Behandlungsmethoden der Pertussis sind bemerkenswert:

1. Die Intensivbestrahlung nach M e y e r - H o u s s e l l e: 1 bis ¼ m Entfernung, 15 bis 60 Minuten Dauer, ganzer Oberkörper. (K l o t z sah keine Erfolge.)

2. Fluorwasserstoff, in 2% Lösung, zehn Minuten inhaliert, durch acht bis zehn Tage (B. H. B r i z).

3. Regelmäßige Magenspülungen, und zwar entweder mit Karlsbader Mühlbrunn oder Kochsalzlösung, vorwiegend bei gleichzeitiger Dyspepsie (W i l h e l m Margarete) von guter Wirkung, wenn viel Sputum verschluckt wird (K l o t z), ferner auch mit ½‰ Lysol- oder 2% Natriumhydrokarbonatlösung, zweimal täglich vor dem Essen (H a l l Th. Pr.).

4. Hochfrequenzstrom: (K l e i n s c h m i d t) je nach dem Alter 0.3 bis 0.5 Milliampère, 5 bis 15 Minuten lang; die indifferente Elektrode zwischen die Schulterblätter, die differente auf den Kehlkopf. Keine Suggestion, da auch im frühesten Alter mit Erfolg angewendet. (Sammelreferat aus La Pédiatrie pratique, Gazette des hospitaux, British med. journ., Lancet, Arch. of Ped., New York med. journ., Policlinico, Riform. med., Siglo med., Ztrlbl. f. Kinderh. usw.)

Lues congenita — Behandlung.

K u n d r a t i t z (Mautner-Markhofsches Kinderspital, Wien) berichtet über Erfahrungen an einem größeren Material. Er verwendet die chronisch-intermittierende Behandlungsform und macht im ersten Jahre drei, im zweiten zwei und dann nach Bedarf jedes Jahr ein bis zwei Kuren. Die Dosierung des Neosalvarsans bei Säuglingen ist 0.015 g pro Kilogramm Körpergewicht, in einzelnen Fällen bis 0.02 g pro Kilogramm Körpergewicht. Im zweiten und dritten Lebensjahr gibt man als normale Einzeldosis 0.15 Neosalvarsan, bei älteren Kindern meist 0.3, hie und da auch 0.45 g. Auch diese letztere Dosis wird von fünfjährigen Kindern bei einem Körpergewicht von 17 kg anstandslos vertragen. Eine Kur besteht aus zehn Neosalvarsaninjektionen. Wo irgend möglich, soll man das Neosalvarsan i n t r a v e n ö s geben, auch bei Säuglingen findet sich meist eine geeignete Schädelvene, notfalls die Vena jugularis. Nur äußerst selten muß man sich mit der intramuskulären Injektion begnügen, die neben der Schmerzhaftigkeit auch wohl geringere Wirkung hat. Von Silbersalvarsan nimmt man ein Drittel der Neosalvarsandosis und macht ebenfalls pro Kur zehn Injektionen. — Bei Säuglingen verzichtet man besser auf Hg-Einverleibung oder gibt Hydrargyr. jodat. flav. (0.01) intern. Bei Kindern außerhalb des Säuglingsalters verordnet man neben Salvarsan eine Schmierkur (Einzeldosis 1 bis 3 g) in den üblichen Turnussen bis zu

36 Einreibungen während einer Kur. Oder man injiziert von Modenol 0.5 bis 1 cm³ intramuskulär auch schon im Säuglingsalter neben Neosalvarsan. Sublimat wurde nur in der Mischspritze nach Linser injiziert, und zwar bei Säuglingen 0.0005 bis 0.001 g pro dosi, bei größeren Kindern 0.001 bis 0.005, selbst bis zu 0.01 g. Novasurol wurde ebenfalls in der Mischspritze angewandt; bei Säuglingen 0.1 cm³ bis höchstens 0.1 cm³ pro Kilogramm Körpergewicht als Einzeldosis, bei größeren Kindern 1 bis 1½ cm³. Macht man reine Novasurolkuren (ohne Salvarsan), so appliziert man bis zu 20 Injektionen, bei Kombinierung mit Salvarsan bis zu zehn Mischinjektionen mit eventuell noch einigen nachfolgenden reinen Novasurolinjektionen. Vom Mirion wurde bei Säuglingen pro Injektion 2 bis 3 cm³, bei größeren Kindern bis zu 6 cm³ eingespritzt.

Bei fast allen so behandelten Kindern blieben die luetischen Erscheinungen aus und stellte sich gutes Gedeihen ein. Volle andauernde Heilung (auch mit negativer WaR) trat nur in 32% der Fälle ein. Die Mortalität betrug (wenn wenigstens eine volle Kur durchgeführt wurde) nur 4.7% gegenüber einer Mortalität von 24% aller kongenital luetischen Kinder.

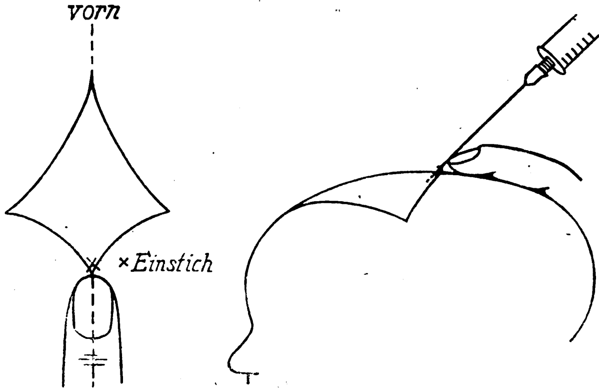
Die sonst übliche Behandlung, bestehend in Verordnung von Protojoduretpulvern und nicht kontrollierten, von den Eltern ausgeführten Schmierkuren, ist ganz ungenügend. Keines der nach Anamnese so vorbehandelten Kinder war geheilt. Dringend wünschenswert wäre eine obligate Neugeborenenuntersuchung auf Lues mit gesetzlicher Zwangsbehandlung. Nur diese könnte den wehrlosen Kindern die notwendige Behandlung verschaffen. (Jahrb. f. Kinderh. Bd. 51, H. 5/6, 1923.)

Über Sinuspunktion bei Säuglingen.

Prof. W. Schönfeld (Univ.-Hautklinik Greifswald) gibt zur venösen Salvarsaninjektion bei Säuglingen folgende Technik an. Das Kind wird in sitzender Haltung von der Assistenz auf den Schoß genommen, der Körper mittels der Oberarme, der Kopf mit den Händen fixiert. Injiziert wird von vorne mit kurz geschliffener Nadel, 4 bis 5 mm tief in einem Winkel von 45° genau median im hintersten Winkel der großen Fontanelle, bzw. dort, wo die Sagittalnaht zu klaffen beginnt, nachdem die Haut daselbst rasiert, jodiert und zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand angespannt wurde. Beim Eindringen der Nadelspitze in den Sinus hört der Widerstand plötzlich auf. Beim Zurückziehen des Stempels muß jetzt reichlich Blut in die Spritze fließen und nach Abnehmen der mit Blut gefüllten 5-cm³-Spritze (zur WaR.) aus der Nadel hervorquellen; hierauf wird eine zweite mit der Salvarsanlösung gefüllte Rekordspritze an die Nadel angesetzt und langsam injiziert. Gelingt es nicht beim ersten Einstich in den Sinus zu gelangen, so muß man an einer anderen Stelle einstechen und darf nicht etwa durch Hin- und Herschieben der Nadel unter der Schädeldecke versuchen, in den Sinus zu kommen. Die Punktion des Sinus ist sicher unbedenklich (nach dem ersten Lebensjahr jedoch überflüssig, da dann bereits genügend benutzbare Hautvenen da sind); die intrasinöse Salvarsaninjektion soll aber nur im Krankenhaus (nicht ambulant) von einem technisch Geübten vorgenommen werden, da parasinöse Injektion an dieser Stelle bedenkliche Folgen haben kann. In obiger Klinik wurden 32 Injektionen in den Sinus gemacht, die sämtlich anstandslos, ohne Nebenwirkungen vertragen wurden. Selbstverständlich wird man nur dann in den Sinus injizieren, wenn sonst eine Vene nicht erreichbar ist.

A. Salomon (Univ.-Kinderklinik Frankfurt a. M.) stellt aus der Literatur über 2000 komplikationslose Sinuspunktionen zusammen und hat

selbst über 200 erfolgreich durchgeführt. Besonders wertvoll ist die Sinuspunktion zum Aderlaß bei Pneumonien rachitischer Säuglinge. Ein Aderlaß von 30 cm³ beim Säugling entspricht einem solchen von 400 bis 500 cm³ beim Erwachsenen. Salomon punktiert gleichfalls an obiger Stelle,



jedoch von rückwärts und unter Leitung der Nadel durch den gleichfalls jodierten flach aufgelegten linken Zeigefinger (siehe Abbildung). (M. m. W. Nr. 18, 1923.)

Die Vulvitis gonorrhoica der kleinen Mädchen

ist langwierig und vielen Rezidiven unterworfen. Weder die lokale Behandlung, noch heiße Bäder haben die Ergebnisse sehr gebessert; die heißen Bäder sind sogar nach J. Müller (Kinderklinik, Düsseldorf) gefährlich. Eine wesentliche Verbesserung ergab dagegen die Behandlung mit der polyvalenten Gonokokkenvakzine „Gonargin"; doch muß das verwendete Präparat immer frisch sein. Man injiziert wöchentlich zweimal intramuskulär, beginnt mit 25 Millionen Keimen, steigt jedesmal um 25 Millionen bis auf 100 Millionen Keime und steigert weiterhin um je 50 Millionen Keime. Die Kinder erhalten täglich ein Kalium-permanganicum-Bad; die Genitalien werden mit 10% Bolus-Protargolpulver gepudert. Die Kinder bleiben so lange in der Klinik, bis die Abstriche dreimal nacheinander (im Abstande von je einer Woche) negativ sind. Die Resultate sind gute bei akuter Gonorrhoe, sehr gut aber bei den chronischen Formen. Die Nebenerscheinungen bei dieser Behandlung sind gering und beschränken sich meist auf unregelmäßiges Fieber in ganz regelloser Kurve; die Temperaturen schwanken während der ganzen Kur zwischen 36.5 und 38°, zuweilen treten einzelne Steigerungen bis 39° auf. Ein vereinzelt vorgekommenes Erythem nach einer Injektion war nach wenigen Stunden geschwunden. (Klin. Wschr. Nr. 20, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Ein neues Arthigon.

Von Buschke, Langer u. a. war in letzter Zeit nachgewiesen worden, daß sich das Arthigon nach längerem Liegen zersetze. Professor Bruck, der Erfinder der Arthigontherapie, meint nun zwar, daß diese

Zersetzung („Autolyse") nicht unbedingt die Wirksamkeit verringere, aber in einzelnen Fällen sei dies wohl möglich. Unter seiner Mitwirkung hat nun die Firma E. Schering (Berlin) ein neues Arthigon hergestellt, bei welchem die Abtötung und Aufschwemmung der Gonokokken in 40%iger Urotropinlösung vorgenommen wird. Unter dem Namen „Arthigon nach verbessertem Verfahren" kommt dieses Präparat in Flaschen zu 6 cm^3 (pro Kubikzentimeter 100 Millionen Keime) und in Packungen zu sechs Ampullen à 1 cm^3 mit steigender Keimzahl in den Handel. Durch das Urotropin ist nicht nur die Konservierung eine vollkommenere, sondern es scheint auch die therapeutische Wirksamkeit erhöht zu sein. Natürlich wird auch durch das neue Arthigon ein direkter Einfluß auf die Gonokokken der Schleimhäute nicht ausgeübt; die Lokalbehandlung der Schleimhäute (bei Mann und Frau) bleibt unentbehrlich. Aber bei Epididymitis, Arthritis, Prostatitis und Iritis gonorrhoica leistet das Mittel Hervorragendes und auch zur Provokationsprobe ist es sehr geeignet und wirkt prompter als das Alt-Arthigon. Besser als die subkutane und intramuskuläre ist die intravenöse Applikation des neuen Arthigons; jeden dritten bis vierten Tag eine Injektion, beginnend mit 0.1 (= zehn Millionen Keime) und unter jeweiliger Verdopplung der Dosis auf 1.0, in einzelnen Fällen auch auf 1.5 cm^3 steigend. Drei bis vier Stunden nach der Injektion treten Frösteln und Fieber auf, das nach zwei Stunden wieder abklingt und vollem Wohlbefinden Platz macht. Der Kranke ist auf diese Reaktion vorzubereiten und anzuweisen, sich während der kritischen Zeit ruhig zu verhalten. (Klin. Wschr. Nr. 22, 1923.)

Hautkrankheiten — Therapie.

Allgemeine Richtlinien von Prof. Otto Kren (Wien).

Jede entzündliche Hautaffektion (Rötung, Schwellung, Nässen), gleichgültig welcher Ätiologie (Ekzem, Impetigo, Dermatitis, Erythrodermie usw.), ist antiphlogistisch zu behandeln: Ruhelagerung, Fernhalten jedweder Schädlichkeit (auch von reizenden Gasen und Dämpfen (z. B. von Hg, Terpentin des Fußbodenwachses oder frisch gestrichener Türen), Umschläge mit 1% wässeriger Borsäurelösung, Liquor Burowi 1:10 Wasser, seltener 1% Resorzin- oder ¼ bis ½% Ichthyolwasser. Die Umschläge werden alle halben oder ganzen Stunden gewechselt und mit sechs- bis achtfach zusammengelegten Leinenlappen bereitet, über welche ein trockenes Tuch und eine Binde kommt. Wärme, Stauung, Waschungen mit Wasser und Seife sind zu vermeiden.

Nach Aufhören der Exsudation und beim Eintrocknen der Blasen unter Krustenbildung ist Mazeration am Platze. Eiterung unter den Krusten verursacht entzündliche rote Höfe um die Krusten, Lymphangitis und -adenitis. Die Auflagerungen werden durch indifferentes Fett (Öl, Vaseline) erweicht. Einpudern darüber ist verfehlt, da der aufgelagerte Puder wieder zu Krustenbildung führt. Bestehen keine besonderen entzündlichen Symptome (z. B. bei Impetigo), so mazeriere man mit Ungt. Diachylon, das 1 bis 2 mm dick auf Leinwand aufgetragen wird; darüber Watteverband für zwölf Stunden. Man verwende aber keine entfettete Watte, sondern ganz gewöhnliche, sogenannte geleimte Schneider-Tafelwatte, die das Fett nicht aufsaugt. Sind die Krusten erweicht, so werden sie mit Watte abgewischt, sonst wird der Verband wiederholt. Besteht gleichzeitig Entzündung, so erweiche man mit Ungt. simplex oder paraffini oder 3% Salizylvaseline und nehme an Stelle der Leinwand zwei- bis dreifach gefaltete weiße Gaze, über welche keine Watte, sondern Umschläge mit 1:10 Liqu.

Burowi kommen. Bei ausgebreiteter Schuppen- oder Krustenbildung (Psoriasis acuta, disseminierte Impetigo usw.) wird Patient dick mit Salizylvaseline eingefettet, für einige Stunden in Decken gehüllt und dann in ein protrahiertes indifferentes Bad gesetzt. Die aufgeweichten Auflagerungen gehen im Bade leicht und schmerzlos ab.

Eine chronisch entzündete, verdickte, trockene Haut wird energischer mit Verbänden von Empl. sapon. salicyl. 10% oder Diachylon mazeriert, welche mit Billroth-Batist bedeckt werden. Auch protrahierte Seifenbäder mazerieren energisch (z. B. bei tylotischen Ekzeme der Palmae und Plantae).

Einige spezielle Indikationen von Prof. Aufrecht (Magdeburg):

Trockene Ekzeme: Rp: Hydrarg. praec. albi 0.3 (bei Kindern bis zu einem Jahr 0.15), Vaselini albi 30.0. Borken müssen vorher mit warmem Öl entfernt werden.

Nässende Ekzeme: Zunächst ein bis zwei Tage Umschläge mit Borlösung (30 g Acid. boric. auf 1 l abgekochten Wassers), dann obige Salbe leicht einreiben.

Furunkel, namentlich des Naseneinganges: Einlegen eines Wattebausches mit 5% Karbolsäure.

Schweißdrüsenabszeß der Achselhöhle: Wattebausch mit 5% Karbolsäure durch Binde fixieren. Anfangs dreistündlich, dann dreimal täglich wechseln.

Ebenso lassen sich beginnende Panaritien durch Baden in 5% Karbolsäure (zweimal täglich durch fünf Minuten) und Bartflechten durch Auftupfen derselben mit Watte alle paar Stunden rasch beseitigen.

Erysipel: Drei bis vier subkutane Randinjektionen von je 1 cm³ einer 3%igen Karbolsäurelösung.

Auch bei Puerperalfieber und Sepsis haben wiederholte Injektionen von 3% Karbolsäure (dreimal täglich 1 cm³ subkutan) häufig genützt, ohne irgendwie zu schaden. (M. Kl. Nr. 21, 1923.)

Bei welchen Hautkrankheiten ist Röntgenbestrahlung angezeigt?

Von R. Lenk (Wien).

Die Röntgentherapie bei Hautkrankheiten wird stets mit Filterung gehandhabt, um die „weichsten", in den obersten Epidermisschichten stecken bleibenden und nur reizenden Strahlen auszuschalten. Die Einzeldosen sind stets sehr klein, meist Bruchteile der sogenannten „Toleranzdosis", da wir es mit sehr strahlenempfindlichen Affektionen zu tun haben. Die Wirksamkeit beruht auf Schädigung oder Zerstörung kranker Zellkomplexe, welche strahlenempfindlicher sind als ihre gesunde Umgebung. Ein wichtiger Nebeneffekt ist die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Nervenendigungen, durch die Juckreiz und Schmerzen beseitigt werden können.

A. Entzündliche Hautkrankheiten.

1. Ekzem. Wer einmal den Effekt von ein bis zwei Bestrahlungen bei einem monatelang erfolglos behandelten oder stets rezidivierenden Ekzem gesehen hat, wird bei jedem subakuten oder chronischen Ekzem einen Versuch machen. Bei akutem Ekzem soll die Bestrahlung nur das ultimum refugium sein und mit großer Vorsicht gehandhabt werden. Sehr rasch schwindet in der Regel auch das Kinderekzem („Vierziger") auf minimale Dosen.

2. Psoriasis. Vor Rezidiven schützt die Bestrahlung ebensowenig wie die anderen Behandlungsmethoden, die einzelnen Eruptionen

schwinden aber schnell. Vorteil der Bestrahlungsbehandlung ist wie beim Ekzem die Schnelligkeit und die saubere Handhabung. Im Eruptionsstadium soll wegen Überempfindlichkeit der Haut nicht bestrahlt werden. Auch Kopfhaut und Skrotum wird man nicht bestrahlen wegen Gefahr der Epilation, bzw. der Azoospermie. Die Röntgenbehandlung der Psoriasis ist stets eine lokale, die von Brock empfohlene Thymus-Reizbestrahlung („Ars Medici" 1922, S. 128) hat sich nicht bewährt.

3. Lichen ruber planus wird rasch beseitigt, weniger günstig ist der Lichen acuminatus, am wenigsten beeinflußbar die verruköse Form.

4. Prurigo. Der Juckreiz schwindet sofort, die Knötchen resorbieren sich nach 10 bis 14 Tagen. Rezidiven kann durch prophylaktische Nachbestrahlung vorgebeugt werden.

5. Perniones werden gewöhnlich durch eine Bestrahlung glatt beseitigt. Zur Rückfallverhütung genügt warme Fußbekleidung.

6. Pruritus. Alle Formen der verschiedensten Ätiologien lassen sich durch ein bis zwei, selten mehr Applikationen heilen oder bessern. Nur manche neuropathische Individuen verhalten sich refraktär.

7. Phlegmone, Erysipel, Furunkulose und Paronychie werden außerordentlich günstig beeinflußt. Bei frühzeitiger Bestrahlung oft Kupierung des Prozesses.

8. Hauttuberkulose. Beim Lupus vulgaris sind die Eruptionen auf der Haut nicht das günstigste Anwendungsgebiet für Röntgenbehandlung. Nur in Kombination mit Finsen ist hier die Bestrahlung wirksam. Etwas besser reagieren die exulzerierenden Formen auf Röntgen, doch ist auch hier Finsen-Nachbehandlung anzuraten. Dagegen ist bei Schleimhaut-Lupus die Röntgenwirkung ausgezeichnet. Noch besser sind die Resultate bei Tuberculosis cutis propria, Scrophuloderma, Leichentuberkeln, Erythema induratum und den übrigen Manifestationen der Tbc. auf der Haut. Beim Lupus erythematodes ist die Wirksamkeit noch fraglich.

9. Aktinomykose und Rhinosklerom werden bedeutend gebessert.

B. Geschwülste und Hypertrophien.

10. Das Epitheliom ist in 80% der Fälle durch intensive Röntgenbestrahlung heilbar. Ungünstiger sind die tiefergreifenden Hautkarzinome, besonders wenn Periost oder Knorpel beteiligt ist (Nase, Ohrmuschel). Hier ist Kombination mit chirurgischem Vorgehen (Bestrahlung vor und nach der Operation) zu empfehlen.

11. Die Mycosis fungoides ist eine der strahlenempfindlichsten Affektionen, die es gibt. Die Röntgenbestrahlung ist die einzige in Betracht kommende Behandlungsmethode. In allen Stadien verschwinden die Erscheinungen rasch. Dauerheilung erfolgt allerdings nur, wenn die Behandlung im prämykotischen Stadium einsetzt. Sonst sind Rezidive, innere Metastasen und der tödliche Ausgang nicht aufzuhalten.

12. Angiome und Naevi sind kein sehr dankbares Objekt der Röntgenbestrahlung. Ein Versuch kann gemacht werden, ist aber wegen Gefahr der Hautatrophie und daher schlechten kosmetischen Endeffektes nicht oft zu wiederholen.

13. Warzen sind dann durch Röntgenstrahlen zu beseitigen, wenn sie multipel sind oder sehr dicht sitzen, so daß die operative Entfernung erschwert ist. Besonders prompt, meist nach einer Bestrahlung, schwinden die juvenilen Warzen. Auch der Clavus läßt sich durch hohe Röntgendosen leicht zur Abstoßung bringen.

14. Für das Keloid stellt die Radiotherpie (Röntgen oder Radium) wohl die einzige erfolgversprechende Behandlung dar. Je jünger das

Keloid ist, desto rascher verschwindet es. Bei sehr alten röntgen-refraktären Fällen Exzision und sofortige Nachbestrahlung zur Verhütung des sonst sicher zu erwartenden Rezidivs.

C. Anomalien und Erkrankungen der Hautanhänge.

15. Haare. Die Haarentfernung bei Hypertrichosis gelingt immer mit Röntgenstrahlen, doch erfordert sie einen besonders geübten Fachmann. Das Wichtigste sind hier lange Bestrahlungspausen, so daß eine solche Behandlung ein bis eineinhalb Jahre dauert. Viel einfacher ist die Behandlung des kranken Haares. Bei Favus, Trichophythie, Sycosis und Microsporie wird durch eine einzige Bestrahlung epiliert. Eine Nachbehandlung ist meist nicht notwendig; nach der etwa sechs Wochen dauernden Epilation heilt die Krankheit meist spontan, und es stellt sich wieder normaler Haarwuchs ein. Immerhin können leichte Desinfizientien (Jodtinktur, Salizylspiritus) nach erfolgter Enthaarung verwendet werden.

16. Schweißdrüsen. Die Schweißdrüsen sind radiosensibler als die Haarpapille und die Haut. Hyperidrosis läßt sich daher röntgentherapeutisch heilen. Doch kommen nur die lokalisierten Formen in Betracht, nicht die universelle Hyperidrosis. Erfolg ist ferner nur bei der kontinuierlichen Hypersekretion zu erwarten, die nur gelegentlich heftigen Schweißausbrüche sind weniger aussichtsreich. Am raschesten heilt die axillare Hyperidrosis, an zweiter Stelle kommt die der Füße, an dritter die der Hände; zu letzterer gehört mitunter große Geduld und viel Mühe. — Die Schweißdrüsenentzündung läßt sich wie andere akute Entzündungen häufig rasch beheben, ein Rezidiv durch weitere Bestrahlungen und Verödung der Drüsen verhüten.

17. Talgdrüsen. Die Seborrhoea oleosa läßt sich mitunter durch schwache Bestrahlungen vollkommen beheben. Bei Acne vulgaris ist Bestrahlung sehr empfehlenswert. Hier sei auch die (eigentlich nicht in diese Gruppe gehörende) Acne rosacea erwähnt, bei der nicht selten weitgehende Besserung und Heilung erzielt wird, selbst bei bestehendem Rhinophym.

D. Geschlechtskrankheiten.

18. Ulcus molle. Für die Behandlung der Bubonen sind die Röntgenstrahlen ein äußerst wertvolles Hilfsmittel. Rechtzeitige Anwendung kann die Vereiterung verhüten und die Operation ersparen. Die Schmerzen sistieren oft bald nach der Bestrahlung.

19. Gonorrhoe. Ausgezeichnete Resultate sieht man bei manchen Komplikationen, besonders bei Epididymitis und Arthritis gonorrhoica. Bei der akuten und chronischen Urethritis wurden Versuche gemacht, doch ist der Erfolg noch fraglich. Die spitzen Kondylome schwinden prompt (vgl. „Ars Medici" 1923, S. 273) auf allerdings recht intensive Bestrahlungen. (Klin. Wschr. Nr. 27, 1923.)

Wirkung des Jod auf die Wassermann-Reaktion.

Hirsch (Hautklinik, Königsberg) behandelte 124 Kranke mit positiver WaR ausschließlich mit Jod, und zwar bekamen die meisten Jodkali intern, einige Jodnatrium intern und einige Mirion muskulär. Die verabreichten Dosen betrugen bei KJ und NaJ 30 bis 40 g, bei Mirion 5 bis 55 cm^3. Bei 58 Fällen (= 47%) wurde die WaR negativ, bei weiteren 16 Fällen wurde sie schwächer positiv. Die allgemeine Meinung, daß Jod die Spirochäten und die WaR nicht beeinflusse, bedarf also einer Korrektur. Am besten wurde durch Jod quartäre Lues beeinflußt, dann folgt Lues latens im Spätstadium (mehr als vier Jahre post infectionem), dann

Lues latens im Frühstadium (ein bis vier Jahre post infectionem), dann erst tertiäre Lues. Der negative Wassermann wurde nicht gerade bei den stärksten Joddosen erreicht, sondern regellos teils bei kleinen, teils erst bei großen Dosen. Das Mirion zeigte weder klinisch noch in bezug auf die WaR Vorteile vor Jodkali. (Dermat. Ztschr. Bd. 38, H. 5, 1923.)

Lepra tuberosa — Kohlensäureschnee.

Prof. Paldrock (Dorpat) meint, daß die bisherigen Behandlungsversuche der Lepra daran scheiterten, daß der Erreger von einer Eiweißhülle umgeben ist, welche ihn vor Einwirkung schützt. Da sich durch Erfrierung dieses Eiweiß verflüssigt, versuchte er bei drei Kranken die äußeren Manifestationen der Lepra mit Kohlensäureschnee zu heilen. Dies gelang vollkommen. Nach einiger Zeit verschwindet das erfrorene Leprom und hinterläßt eine weiche pigmentierte Stelle. Zu gleicher Zeit verschwinden aber auch Leprome der Haut, welche man der Kohlensäureschneewirkung nicht ausgesetzt hatte, und verschwinden auch die Erreger der Lepra aus dem Nasenschleim. Es scheint der Organismus durch die Kohlensäureschneebehandlung Abwehrkräfte zu bekommen, die ihm die Aufschließung der Eiweißhülle des Erregers und dessen Vernichtung ermöglichen. (Arch. f. Derm. u. Sy. Bd. 143, H. 1/2, 1923.)

Lupus vulgaris — Lichtbehandlung.

Von Prof. A. Jesionek und Rothmann (Lupusheilstätte, Gießen).

Die Kauterisationsverfahren (in Form des Paquelin, des galvanischen Stromes und der Kaltkaustik) sind bei der Lupusbehandlung mit Recht verlassen, ebenso die Exkochleation und die verschiedenen Skarifizierungsverfahren. Ebenso sind Diathermie und Holländersche Heißluftbehandlung nicht zu empfehlen. Die Röntgenbehandlung ist in zerstörenden Dosen schädlich, in schwachen „Reizdosen“ angewendet kann sie (besonders bei den ulzerösen und elevierten Lupusformen) Gutes leisten, die vorsichtige Dosierung ist aber Grundbedingung und oft schwer einzuhalten. Jedenfalls ist auch die Röntgenbehandlung bei Lupus überflüssig, nur für den Schleimhautlupus kann sie empfohlen werden.

Der größte Fortschritt des letzten Jahrzehntes in der Lupusbehandlung ist die Einführung der allgemeinen Lichtbehandlung; sie ist heute die Methode der Wahl, muß aber von allgemein diätetischen Maßnahmen unterstützt werden, vor allem von fettreicher Kost und genügendem Aufenthalt im Freien. Die günstigsten Resultate erreicht man mit natürlichen Sonnenbädern. Sie werden in den Morgenstunden bei leicht bewegter Luft (bei vollkommener Windstille läßt man die Patienten umhergehen oder, wo keine Lungentbc. vorliegt, im Freien Sport treiben) vorgenommen, beginnend an Sommertagen mit 10 Minuten, an Frühlings- und Herbsttagen mit 25 Minuten und täglich um 10 bis 15 Minuten sich verlängernd. Es darf nicht die Spur einer Hautverbrennung (Dermatitis solaris erythematosa) auftreten, sondern eine ganz allmähliche Pigmentbildung; ist die Haut dann schon genügend pigmentiert, so wird die Dauer des Sonnenbades bis zu mehreren Stunden verlängert; von Zeit zu Zeit vorgenommene Abwaschungen erhöhen die Wirkung des Sonnenbades. — An sonnenlosen Tagen wird mit der Quarzlampe behandelt; nur diese hat genügend intensives Ultraviolettlicht, auf das es ankommt. Die Dosierung der Quarzlampe ist eine Kunst, die große Erfahrung voraussetzt. Alle physikalischen Messungen versagen, da die Lichtempfindlichkeit der Haut und vor allem die Gewöhnungsfähigkeit der Haut der ein-

zelnen Menschen zu verschieden ist. Bei einem neuen Brenner prüft man am besten die Lichtstärke auf dem eigenen Unterarm und vergleicht sie mit der Wirkung eines bekannten Brenners auf den zweiten Unterarm. Bei der Allgemeinbestrahlung mit künstlichem Licht sind dieselben Prinzipien durchzuführen wie bei den Sonnenbädern: vorsichtige, allmählich steigende Dosierung, Kombination der Lichtbehandlung mit Wasserbehandlung, aktiver und passiver Bewegung, konsequente Weiterführung der Lichtbehandlung auch nach erfolgter Pigmentierung. In der von Jesionek angegebenen „Lichthalle" (Ztschr. f. Tbc. Band 25) spazieren die Patienten vor den Lampen auf und ab; man beginnt mit einer Belichtungsdauer von 5 bis 15 Minuten und steigt täglich um 10 bis 15 Minuten bis zu einer Stunde täglich; das Zimmer ist ausgiebig zu lüften.

Während bei der Allgemeinbestrahlung, wie gesagt, auf allmähliche Pigmentierung Gewicht zu legen und jede Verbrennung ängstlich zu verhüten ist, gilt für die daneben anzuwendende Lokalbehandlung meist das Umgekehrte. Man setzt eine einmalige kräftig-entzündliche Reaktion und behandelt diese dann mit zwei- bis dreimal täglich zu wechselnden 2% Borwasserverbänden und wiederholt die Bestrahlung erst wieder nach vollem Abklingen der Entzündung. Zur lokalen Lichtbehandlung verwenden die Verfasser ebenfalls die gewöhnliche Quarzlampe, die Kromayersche Kompressionslampe bietet nach ihnen keinerlei Vorteile.

In der geschilderten Weise kann man durch Kombination der örtlichen und der allgemeinen Lichtbehandlung jeden lupösen Herd zur Ausheilung bringen. Rezidive treten allerdings auf, sie sind aber gutartig und neuerlich leicht zu heilen, wenn man sie rechtzeitig bemerkt. Gute Ernährung, reichlicher Aufenthalt im Freien, hygienische Wohnungsverhältnisse bieten den besten Schutz vor Rezidiven. Kombination der Lichtbehandlung mit Tuberkulinbehandlung, Vorbehandlung mit Kupfersalben, an den Extremitäten und am Kopf die Pyrogalloltherapie können die Dauer der Lichtbehandlung abkürzen. (Klin. Wschr. Nr. 19, 1923.)

Das Scleroedema (Scleremia) adultorum

ist eine von Buschke (1900) zuerst beschriebene Krankheit, die in einer ziemlich schnell auftretenden Verhärtung der Kutis und Subkutis bis zu den Faszien besteht. Die Hautverhärtung geht vom Hals oder Nacken aus und ergreift die Gesichts- und Körperhaut unter Freibleiben der Hände und Füße. Die Krankheit unterscheidet sich von der Sklerodermie durch das Fehlen der Oberflächenglätte und der Pigmentverschiebung, vor allem aber auch durch den gutartigen Verlauf; es bleibt nämlich beim Scleroedema adultorum jede Atrophie der Haut aus und die Erscheinungen kommen spontan zur Rückbildung. Prof. E. Hoffmann (Bonn) weist auf den Zusammenhang der Krankheit mit Grippe und (seltener) anderen Infektionskrankheiten hin. Von 14 Fällen schlossen sich 12 an Grippe oder Grippe-Enzephalitis an, die anderen beiden an Scharlach und Mumps. — Therapeutisch bewährten sich Salizylpräparate und Massage mit 2% Salizylvaseline nebst warmen Bädern. (Klin. Wschr. Nr. 21, 1923.)

Stomato-, Laryngo- und Otologie.

Adeno- und Tonsillotomie bei Kindern — Chloräthylrausch.

A. Cemach (Wien) lehnt das häufig übliche Operieren ohne Narkose als grausam und schädlich ab. Schwere nervöse Traumen (Kopf-

schmerzen, gestörter Schlaf, Appetitlosigkeit, spastische Anurie u. dgl.) sind nicht seltene Folgen. Auch sind größere Kinder oft nur sehr schwer während der Operation mit Sicherheit zu fixieren. Ersteres gilt auch vom Ätherrausch, der selbst für Erwachsene qualvoll ist. Autor hat das Chloräthyl schon bei vielen Hunderten Kindern, selbst bei Säuglingen in den ersten Lebenswochen angewendet, ohne jemals auch nur die geringste Störung der Gesundheit gesehen zu haben. Man verwende aber nur frische Präparate in kleinen Tuben (à 20 cm^3). Assistenz ist nicht unbedingt erforderlich. Wer auf das gänzlich überflüssige Nachtasten mit dem Finger verzichtet und gewohnt ist, die Instrumente nur am Griff zu halten, kann die meist ohnehin nur scheinbare Händedesinfektion entbehren. Man spritzt selbst auf, legt dann die Tube beiseite und hat noch Zeit genug zum Instrumentieren und Operieren. Nachdem das Kind am Sessel fixiert ist, wird ein Mundsperrer (Whitehead) eingeführt und über das Gesicht eine sechsfach zusammengelegte Gazekompresse gelegt. Wenn man nach Eintritt des Rauschzustandes (Erschlaffung der Muskulatur) noch einige Sekunden lang aufspritzt, reicht die Dauer der Narkose für die Adeno- und beidseitige Tonsillotomie vollkommen aus, wenn man nicht zu langsam arbeitet; notfalls kann man übrigens ruhig nochmals aufspritzen. Die Narkose ist vollständig beschwerdefrei, geradezu angenehm; es ist kein eigentlicher Rausch, denn es fehlt der Exzitationszustand, sondern ein ruhiger Schlaf, in den man unmerklich versinkt und aus dem man nach einigen Minuten ohne Nachwehen, ohne Erbrechen oder Unlustgefühle vollständig munter erwacht. Seitz, der sich zahlreichen Probenarkosen unterzogen hat, beschreibt seine Empfindungen wie folgt: „Erst ein leises Kribbeln in den Extremitäten, alsdann schnell ansteigendes Ohrensausen, endlich ein sanftes Wiegen des ganzen Körpers, und die Bewußtlosigkeit ist da, man weiß nicht wie."

Nach der Operation wird der Mundsperrer sofort entfernt, das Kind losgebunden und gereinigt, dann erst die Mundhöhle inspiziert und werden eventuell noch hängende Stückchen entfernt. (M. Kl. Nr. 18, 1923.)

Zur Behandlung der Alveolarpyorrhoe.

Nach R. Broberg (Örebro, Schweden) sind Dauerresultate nur durch das radikale Verfahren nach Prof. Neumann zu erzielen: breite Aufklappung mit vollständigem Freilegen des Granulationsgewebes und der Knochenpartien sowohl an der Vorder- als auch an der Rückseite der Zähne, eventuell bis zu den Wurzelspitzen. Dabei ist es manchmal notwendig, vorher Fixationsschienen anzulegen; bei nur geringfügigem Wackeln der Zähne kann man auch mit Fixation der Zähne durch Seidenligaturen auskommen. Alles pathologische Gewebe der Gingiva muß mit scharfen Löffelchen und Meißeln sorgfältig entfernt werden. Von Zahnsteinbelägen entfernt Broberg während der Operation nur das Gröbste, den Rest erst nach Heilung der Operationswunden. Eventuelle Blutungen können mit dem Kauter leicht gestillt werden. Zur Kontrolle der Mundpflege und Ausführung eventuell notwendiger Korrekturen mittels Kauter muß Patient längere Zeit in Beobachtung bleiben. (Vierteljahrsztschr. f. Zahnheilk., Jahrg. 38, H. 4.)

Hörapparate.

Schnierer (Ohrenabtlg. d. Poliklinik, Wien) untersuchte bei 160 Schwerhörigen verschiedensten Grades drei Typen von Hörapparaten:

den Hörschlauch, das parabolische Hörrohr und den Elektro-Akustik-Apparat. Der Hörschlauch wirkt nur in ganz vereinzelten Fällen bessernd. Für die Mittelohrschwerhörigkeit, ob sie nun durch entzündliche Mittelohrerkrankung oder durch otosklerotische Veränderungen verursacht wird, eignet sich das parabolische Hörrohr, für Innenohrschwerhörigkeit der elektrische Apparat. Bei Altersschwerhörigkeit sowie bei luetischer Innenohrschwerhörigkeit versagten alle drei Typen von Hörapparaten. (Monatsschr. f. Ohrenh. H. 9/10, 1922.)

Peritonsillärer und retropharyngealer Abszeß.

Nach Prof. G. Finder (Berlin).

Symptome des Tonsillarabszesses: Ödem des vorderen Gaumenbogens, durch das die Tonsille oft verdeckt wird, sowie der Uvula, Verdrängung der Tonsille nach hinten und nach der Mundhöhle zu, starke Vorwölbung der entsprechenden Gaumensegelhälfte, heftige, nach dem Ohr zu ausstrahlende Schluckschmerzen und Schmerzhaftigkeit bei Druck hinter den Unterkieferwinkel (nasale Sprache — Ref.); häufig Kieferklemme.

Therapie: Stets Inzision; sonst sechs bis acht qualvolle Tage bis zum Spontandurchbruch und Gefahr der allgemeinen Sepsis, Mediastinitis, Thrombose der Jugularis, Arrosion der Karotis. Selbst zu frühzeitige Inzision ohne Eiterentleerung schadet nicht, sondern bringt Erleichterung. Technik: Spitzes, lanzenförmiges, beiderseits scharfes Messer; Umwicklung mit Heftpflaster unnötig. Kokainanästhesierung fast wirkungslos und überflüssig. Wenn an einer Stelle des vorgewölbten Gaumensegels Eiter gelblich durchschimmert, wird hier inzidiert; sonst in der Mitte einer Linie, die man sich von der Basis der Uvula zum letzten oberen Molarzahn gezogen denkt. Die Inzision sei vertikal zu dieser Linie, etwas schräg von vorn nach hinten außen gerichtet und 1 bis 1½ cm lang. Schneller, beherzt in die Tiefe gehender Schnitt bis auf die Abszeßhöhle; Gefahr einer Arterienverletzung besteht nur bei extrem lateralwärts gerichteter Schnittführung. Zur völligen Eiterentleerung ist unbedingt Spreizung der Abszeßhöhle mit einer Kornzange anzuraten; bei neuerlicher Eiteransammlung in den nächsten Tagen Auseinanderziehen der Schnittränder mit einer Pinzette. Die Nachbehandlung besteht nur in Gurgeln mit warmer Wasserstoffsuperoxydlösung oder mit Kamillentee.

In einzelnen Fällen hat die phlegmonöse Entzündung ihren Sitz nicht, wie gewöhnlich, in dem die Mandel vorn oben umgebenden lockeren Bindegewebe, sondern hinter der Tonsille und zwischen dieser und dem hinteren Gaumenbogen. Es zeigt sich hochgradige ödematöse Schwellung des hinteren Gaumenbogens, bisweilen auch der angrenzenden Partie der hinteren Rachenwand, während vorderer Gaumenbogen, Gaumensegel und Uvula frei sind. Die Mandel ist nach vorn verdrängt, es besteht sehr starke Dysphagie, aber kein Trismus. Die Inzision geschieht hier in den hinteren Gaumenbogen an der Stelle der stärksten Vorwölbung. Man braucht nicht tief zu schneiden, sondern trifft den Eiter schon dicht unter der Schleimhaut. Man halte in diesen Fällen die Spitze des Messers sagittal und gebe ihr keine schräge Richtung nach außen, da man in dieser Gegend mit der Möglichkeit eines atypischen Verlaufes der Arteria pharyngea ascendens rechnen muß.

Der Retropharyngealabszeß ist eine Eiteransammlung im Bindegewebe zwischen hinterer Pharynxwand und Halswirbelsäule. Er kommt bei Säuglingen und Kleinkindern als Folge eitriger Einschmelzung der hier gelegenen Lymphdrüsen vor, seltener auch bei älteren Kindern

infolge Spondylitis der Halswirbelsäule. Sofortige Eröffnung des Retropharyngealabszesses ist wegen der Schluck- und der oft bedrohlichen Atembeschwerden angezeigt. Inzision vom Munde aus, am besten bei hängendem Kopf, damit kein Eiter in den Kehlkopf fließt. Man lege eine große Öffnung bis zum tiefsten Punkte des Abszesses an und spreize auch in den nächsten Tagen bei den geringsten Anzeichen von Eiterverhaltung die Wundränder mit einer Sonde. (D. m. W. Nr. 17, 1923.)

Diagnose.

Zur Differentialdiagnose der akuten Appendizitis.

Von A. Krecke (München).

Bei Kindern mache man es sich zum Grundsatz bei allen unklaren akuten Erkrankungen nicht nur die Mundhöhle, sondern auch die Appendixgegend sorgfältig zu untersuchen.

Beginnende Pneumonien namentlich des r. Unterlappens machen nicht selten die Zeichen einer akuten Appendizitis. Man achte daher bei jeder A. auf den Auswurf, etwaige Kurzatmigkeit usw.

Auch Typhus kann mit Bauchschmerzen und Resistenz in der A.-Gegend beginnen. Hier entscheiden Bradykardie, Diazoreaktion, Fehlen der Leukozytose, die bei akuter A. immer vorhanden ist.

Nicht selten werden bei akuter A. die Schmerzen genau in die Magengegend lokalisiert, während ein Lokalbefund zunächst fehlt. Der schwere Allgemeinzustand, wiederholte Untersuchung der Appendixgegend usw. werden auf die richtige Spur führen.

Die A. kann auch mit heftigen Durchfällen, Fieber und unbestimmten Bauchschmerzen beginnen. Prüft man bei einem solchen „akuten Darmkatarrh" nicht ganz genau die Appendixgegend, so kann die umschriebene Schmerzhaftigkeit leicht übersehen werden und kostbare Zeit verloren gehen.

Die Ileozökaltbc. wird leicht mit der chronischen, die umschriebene Peritonitis tbc. der Ileozökalgegend mit der akuten A. verwechselt. Eine sichere Diagnose ist oft kaum möglich, da sonstige Zeichen für Tbc. fehlen können.

Verwechslungen mit Ileus sind namentlich bei Kindern, ferner bei Komplikation mit Peritonitis leicht möglich. Ebenso mit akuter Cholezystitis und Pyelitis und Salpingitis. Oft entscheidet erst der Operationsbefund. Bei Frauen sollte bei jeder A. auch vaginal untersucht werden. Recht häufig werden Tubargravidität und die Stieldrehung einer rechtsseitigen Ovarialzyste unter Annahme einer A. operiert. Man frage daher stets nach der letzten Menstruation; die Ovarialzyste stellt einen großen rundlichen Tumor dar, der ins kleine Becken herunterreicht. Eine Netztorsion wird fast stets als A. operiert. Schließlich ist auch an tabische Krisen zu denken. (M. m. W. Nr. 24, 1923.)

Unklare Fieberzustände.

Man denke vor allem an Typhus (relative Bradykardie, Diazoreaktion, Leukopenie), Tuberkulose und Sepsis, bzw. versteckte Eiterherde (Leukozytose!). Unklares Fieber bei auffallender Dyspnoe und Zyanose ist suspekt auf Miliartbc. Eine Lymphangitis am Bein nach einer Fußverletzung, ein Furunkel, ein Erysipel der Kopfschwarte, das sich unter

den Haaren verbirgt, eine Osteomyelitis eines Röhrenknochens oder des Darmbeins, eine Mastoiditis werden nicht selten übersehen. Selbstverständlich ist die Inspektion der Rachenorgane. Beim subphrenischen Abszeß ergibt die Probepunktion im Bereiche der relativen Dämpfung oft leichter Eiter als jene in der absoluten (Hirsch). Der pararenale Abszeß entsteht häufig nach einem Furunkel; es bestehen Beschwerden und Druckschmerzhaftigkeit in der Nierengegend. Auch um chronische Cholezystitis bzw. Appendizitis kann es sich handeln (Anamnese!). Ebenso um Coli-Zystitis bzw. -Pyelitis (Harnuntersuchung!). Vorübergehendes hohes Fieber kann auch durch Katheterismus entstehen („Katheterfieber"). Durch Blutuntersuchung muß auch Leukämie ausgeschlossen werden. Schließlich ist auch an versteckte Tumoren, innere Lues, Basedow und Hysterie zu denken. (A. Krecke-München, M. m. W. Nr. 17, 1923.)

Aus der Praxis.

Ueber die Behandlung von Lungenerkrankungen mit Cehasol intern.

Von Dr. **Franz L. Baumann**, Matzen (N.-Ö.).

Cehasol (Ammonium sulfo-cehasolicum), ein österreichisches Präparat, hat sich als dem Ichthyol vollkommen gleichwertig erwiesen. Infolge seiner chemischen Zusammensetzung ist seine antiphlogistische und antiparasitäre Wirkung bei äußeren Erkrankungen der Haut Gegenstand zahlreicher Versuche gewesen und das Resultat derselben ist einstimmig zufriedenstellend. Wie die Versuche Suchaneks beweisen, hat Cehasol auch auf Entzündungen von Schleimhäuten, besonders wenn sie mit starker Sekretion einhergehen — austrocknende und desinfizierende Kraft. Diese Gedanken leiteten mich, Cehasol intern bei Erkrankungen der Lunge und Bronchien zu versuchen.

Der Gedanke ist ja nicht neu, da schon Barnes und Odell und auch andere Kliniker den internen Gebrauch des Ichthyols empfohlen hatten. Diese Anwendungsart scheint aber wegen des schlechten Geschmackes nicht großen Anhang gefunden zu haben. Die „Cehasol"-Chemischen Werke haben sich jedoch bemüht, diesem Übelstand abzuhelfen und in der Zusammensetzung:

Cehasol	20.0
Ol. foenicul. gtt. XX.	
Tct. amar.	50.0
Spirit. vini cogn.	30.0
Aqua dest.	100.0
Syr. simpl.	800.0

wird es schon nach kurzer Gewöhnung von Erwachsenen und Kindern gerne genommen. Ich habe Cehasol in 1 bis 2% Lösung, drei- bis viermal täglich einen Eßlöffel, respektive Kinderlöffel bei folgenden Erkrankungen erprobt:

1. Bei einfacher Bronchitis, besonders der Kinder, wirkt Cehasol glänzend. Schon nach kurzer Zeit tritt Entfieberung und Schwinden der Auskultationsphänomene ein.

2. Bei Pneumonien wurde die Fieberperiode durch die antiphlogistische und desinfizierende Wirkung des Cehasols wesentlich abgekürzt, wobei bei vorzeitigem Aussetzen des Medikamentes sofort wieder

Temperaturerhöhung zu verzeichnen war. Also ein sicherer Beweis für die Wirkung des Medikamentes.

3. Bei Tbc. pulm. und bei putrider Bronchitis wird die Expektoration wesentlich erleichtert und der putride Charakter des Sputums bedeutend abgeschwächt.

Ich habe den Eindruck, als ob das Cehasol direkt auf den lokalen Befund der Lunge einwirke. Jedoch auch der allgemeine Zustand bessert sich sichtlich. Durch die Beigabe von Stomachici, Herztonici kann auf die Appetenz und Herztätigkeit eingewirkt werden. Ich habe natürlich nicht die Absicht, Cehasol als ein Allheilmittel bei den entzündlichen Erkrankungen der Luftwege zu preisen. Seine diesbezügliche glänzende Wirkung bei äußeren Erkrankungen ist sicherlich erwiesen. Ich will nur zu weiteren Versuchen in interner Form anregen und ich glaube, daß in kurzer Zeit Mitteilungen über die gleiche zufriedenstellende Wirkung folgen werden. Cehasol ist ein einheimisches Präparat, es ist bedeutend billiger als die ausländischen Ichthyolpräparate und denselben in Wirkung sicherlich gleich, manchmal sogar überlegen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:*

238. Alle Versuche zur Entwanzung des hiesigen Armenhauses scheiterten bisher. Im Lexikon der gesamten Therapie (Urban & Schwarzenberg), Seite 427, wird ein Verfahren mit schwefliger Säure oder mit Schwefelkohlenstoff empfohlen. Wie ist der Vorgang durchzuführen. Die in dem Buche als Erzeuger der Apparate angegebene Firma „Fameda, A.-G." in Tempelhof hat auf Anfrage nicht geantwortet.

Dr. F. V. in B.

239. Ein Kriegsteilnehmer leidet an symmetrischen Schwellungen der Haut des knöchernen Nasenrückens, die er als ein „chronisches Erysipel" ausgibt. Die das Niveau der Umgebung deutlich überragenden Schwellungen gehen zeitweilig zurück, treten aber angeblich nach Einwirkung kalten Windes wieder hervor. Da die betreffenden Hautpartien in ihrer Färbung kaum von der Norm abweichen, da kein Schüttelfrost und kein Fieber besteht, so könnte es sich höchstens um odematöse Schwellungen handeln, die ja manchmal nach rezidivierendem Erysipel lange zurückbleiben. Eher könnte man an Quinckes Oedema circumscriptum cutis denken. Nun wurde aber auch die Vermutung ausgesprochen, daß es sich um Artefakte handeln könne, speziell hat man an chemische Reize (Krotonöl, Kantharidenpflaster, Primula japonica) gedacht. Daß eine Biersche Saugglocke eine so lange Nachwirkung haben könnte, ist wohl ausgeschlossen; ebensowenig ist an Lufteinblasung zu denken, da Knistern fehlt. Vielleicht weiß einer der Kollegen die Erscheinung zu deuten. Dr. B. S. in N.

240. 38jährige Patientin von blühendem Aussehen (Mutter und Schwester an Tbc. gestorben, sollen auch bis kurz vor dem Exitus so gut

---

* **Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben.**

ausgesehen haben) hat seit zehn Jahren Lungenspitzenkatarrh. Über beiden Spitzen Dämpfung mit bronchovesikulärem Atmen, keine Rasselgeräusche; starker Husten, oft mit Blut vermischter Auswurf, oft reine Hämoptoe. Koch negativ. Röntgen: beiderseits Spitzeninfiltration, sehr dunkler, vergrößerter Hilusschatten rechts. Wiederholte klimatische und heliotherapeutische Behandlung hatte wenig Erfolg (vielleicht nur den, daß der Prozeß so chronisch blieb). Jetzt neuerlich anfallweise starker Husten, oft mit Erbrechen, oft Hämoptoe. Husten und Hämoptoeanfälle kommen unregelmäßig, unabhängig von der Zeit der Menses. Kein Fieber, Appetit gut. Kalzium, Sedativa, Heliotherapie, psychische Beeinflussung erfolglos. Um was handelt es sich, was ist zu tun?
Dr. G. M. in T.

241. Wer kann mir eine bei Lungenaffektionen bewährte Abhärtungskur mitteilen oder Literatur hierüber? Dr. G. M. in T.

242. Gibt es ein Mittel gegen die oft starken örtlichen Schmerzen (z. B. zwischen den Schulterblättern, in die obere Extremität hinein, an den Rippen entlang) bei Tbc. pulmonum außer den Antipyretizis? Was ist die Ursache dieser Schmerzen (Giftwirkung? Nerven? Muskeln?)? Dr. G. S. in E.

243. 20jährige Lehrerin, intelligent, psychisch etwas widerstandslos, gute Klavier- und Violinspielerin, leidet seit einem halben Jahre an oft heftigen Schmerzen in beiden Handgelenken, die mehr nachts und nach Bewegung auftreten. Die Schmerzen begannen in einer Zeit, wo sie viel Violine spielte, was jetzt gar nicht mehr geht. Sonst immer gesund gewesen, nur vor drei Jahren Geschwulst (?) am linken Knöchel, die operativ entfernt wurde; vor einem Jahr Schmerzen am rechten Knöchel, die spontan schwanden. Handgelenke äußerlich völlig ohne Befund, normal frei beweglich. Druck tut erst hintennach weh. Hand und Handgelenk sehr lang und schmal. Patientin kräftig, blühend aussehend. Rechte Spitze etwas gedämpft. Probetuberkulinimpfung negativ. Temperatur stets subfebril, durch Anstrengung (Spaziergang) nicht erhöht. Röntgenbild der Handgelenke soll nichts ergeben. Verschiedene Ärzte sagen Verschiedenes: Hy, Gicht. Was soll das sein? Therapie?
Dr. G. S. in E.

244. In welcher Form wird eine Molkenkur angewendet und bei welchen Krankheiten? Bedarf man dazu einer besonders hergestellten Molke? Dr. K. in B.

245. Welches ist heute die aussichtsreichste Therapie der Scleritis profunda bei Kranken mit lymphatischer Diathese, mit und ohne Beteiligung der tieferen Teile des Auges? Milchinjektionen? Tuberkulin? Medikamente lokal und allgemein? Ponndorff? Dr. G. A. in B.

246. Ist die Ansteckungsgefahr bei Lupus eine derartige, daß einem mit Nasenlupus behafteten Gemeindeschreiber der Dienst zu verbieten wäre? Dr. B. P. in V.

247. Woraus besteht Dr. Schiffmanns Asthmapulver „Asthmador" und wo ist es zu haben? — Was sind Sandows künstliche Salze, wo zu haben? Dr. A. S. in Z.

248. Meine Tochter leidet seit einem halben Jahre an Haarausfall, jedes einzelne spaltet sich am Ende. Was kann man dagegen tun? Sollte eine perkutane Alttuberkulinkur daran Schuld sein? Dr. F. in S.

249. Wie beseitige ich einen hartnäckigen Icterus catarrhalis, der schon seit fünf Wochen anhält, trotz kalter täglicher Klistiere, Karlsbader morgens nüchtern und Salizylgaben? Dr. S. in M.

250. Möchte Bahnarztstelle in Tirol (Sitz einer Bezirkshauptmannschaft und eines Bezirksgerichtes) gegen Gemeindearztstelle im Flachland vertauschen, da ich magenleidend bin. Zuschriften an „Ars Medici".

251. Erbitte Auskunft über das neue Heuschnupfenmittel „Aestidovran" der chemischen Werke in Schwäbisch-Gmünd.
Dr. W. B. in P.

252. Patient leidet seit acht Monaten an Acne rosacea. Salben, interne Behandlung, Quarzlampe ohne Erfolg. In letzter Zeit Behandlung mit Radiumbestrahlung, zehnmal mit 4.4 ml. Radium mit starker Filterung. Starke Reaktion, Eiter- und Pustelbildung. Ist die Dosierung richtig, welche andere Behandlung wäre am Platze? Dr. H. in W.

253. Welches sind die besten Apparate für Schwerhörige und wo kann man sie (in Jugoslawien) beziehen? Dr. J. M. in C.

254. Hat jemand Erfahrungen über den Apparat „Audito" des Spezialinstitutes Emil Soest in Daterstadt? Bei welcher Art Schwerhörigkeit hätte er Aussicht auf Erfolg? Dr. L. S. in U.

255. Ein sonst gesundes kräftiges zweijähriges Mädchen leidet seit etwa zwei Monaten an einer jeder Therapie trotzenden Urtikaria. Verdauung in Ordnung, auch sonst keine Ursache für die Erkrankung aufzufinden. Versucht wurden innerlich Kalk, Ichthyol; äußerlich Thymol, Menthol und Karbolsäure ohne Erfolg. Dr. F. B. in S.

256. Ich bemerke bei mir selbst seit einigen Jahren das Auftreten von Pigmentierungen gelblicher Färbung und unregelmäßiger Gestalt am Rumpfe. Außerdem haben sich am Rücken ein Angiom und direkt neben der Wirbelsäule ein Fibrom gebildet. Die Haut wird am ganzen Körper immer trockener und schuppt ein wenig. Wie sind die Vorgänge zu erklären? Aszendenz und Deszendenz gesund. Bei mir keine Tbc., keine Lues, Thyreoidea ohne Befund. Dr. H. B. in S.

257. Was macht man gegen die postoperative peritoneale Reizung und das Erbrechen nach Laparatomien? Hätte es einen Sinn, alle drei bis vier Stunden den Magen auszupumpen? Sind die grünen oder schwarzen Massen, die erbrochen werden, schädlich und ihre gewaltsame Herausbeförderung von Nutzen? Gäbe es zu ihrer Entfernung kein anderes Mittel als den Magenschlauch? Wie viele Tage nach einer Laparatomie kann man ein Abführmittel oder ein Klystier geben?
Dr. A. L. New York.

258. Habe als Haarwasser (nach „Ars Medici" Nr. 5, 1921) verwendet: Rp: Resorcini 2.5, Chlorali hydrati, Acidi tannic. ana 5.0, Tinctur. benzoes 1.5, Olei Ricini 4.0, Spiritus vini 250.0. Dieses Haarwasser färbt jedoch nicht nur die Haut dunkel, sondern hinterläßt auch an der Wäsche dunkelgelbe Flecke, die weder durch Waschen noch durch Bleichen an der Sonne entfernt werden können. Wie beseitige ich diese Flecke? Dr. H. L. in J.

259. Bitte um Angabe eines kleinen Buches mit Mustern von Attesten, Sachverständigengutachten, Obduktionen, Begutachtung psychopathischer Zustände usw. Dr. W. S. in B.

260. Eine 40jährige Frau wurde wegen Myom mit Metrorrhagien innerhalb vier Monaten fünfmal (je eineinhalbe Stunden) röntgenbestrahlt. Seit der dritten Bestrahlung keine Menstruation und keine sonstigen Blutungen mehr. Kann bei dieser Frau noch Konzeption eintreten?
Dr. E. F. in O.

261. Wo wäre eine Zusammenfassung über Medikation und Dosierung in der Schwangerschaft zu finden? Die geburtshilflichen Lehrbücher und die Pharmakologien geben nur ganz allgemeine Richtlinien, die einen im gegebenen Falle meist im Zweifel lassen?
Dr. M. N. in N.

262. Gibt es ein erfolgreiches organotherapeutisches Heilverfahren gegen Morbus Addisoni? Dr. E. M. in V.

263. Welches Verfahren führt zum Ziele beim sogenannten „Penis captivus" infolge Vaginismus der Frau bei einer Kohabitation, wenn Narkose nicht gut durchführbar ist? Dr. J. K. in J.

264. 30jähriger Mann hat seit 14 Jahren Venenzirkulationsstörungen am rechten Fuße: Schwellung mäßigen Grades, besonders nach körperlicher Anstrengung, herdweise auftretende schnurähnliche Verdickungen des Unterhautzellgewebes mit Hautentzündung, Venenerweiterungen am Unterschenkel, stellenweise bis zu ausgesprochenen Varizen; subjektiv: tiefe Schmerzen im Fuß beim Gehen, Brennen und Gefühl der Schwere. Bisherige Therapie (Umschläge, Massage, Bepinselung, Badekur) erfolglos. Dr. I. P. in T.

265. Bitte um Angabe eines populär geschriebenen, für Laien bestimmten Buches über Schwangerschaft, Wochenbett und Säuglingspflege. Dr. A. K. in A.

266. Meine Tochter leidet an Alveolarpyorrhoe mit schon seit längerer Zeit rezidivierenden Zahnfleischblutungen. Therapie?
Dr. T. N. in B.

267. Zweijähriges kräftiges Mädchen hat ausgebreitete, auf Druck abblassende, im Niveau der Haut liegende „Muttermäler" — Teleangiektasien —, im Gesicht fast auf der ganzen rechten Seite, auf der rechten Körperseite am Rumpf, an Armen und Beinen inselartig und ausgebreitet. Ohne Erfolg stellenweise mit Paquelin, Elektrolyse, Kohlensäureschnee behandelt. Bestrahlungen nach Ansicht eines Röntgenologen aussichtslos. Gibt es noch andere Erfolg versprechende Behandlungsweisen? Dr. E. S. in B.

Antworten:

Ad 157. Zungenaffektion bei perniziöser Anämie. Der Mundhöhle der Kranken ist überhaupt aufmerksame Beachtung zu schenken; kariöse Zähne müssen entfernt, Alveolarpyorrhoe gründlich behandelt werden, da zweifellos derartige Eiterherde an sich ungünstig auf die Blutregeneration wirken können. Anästhesinbonbons kurz vor den Mahlzeiten sind zu empfehlen Dr. **Allerhand,** Lemberg.

Ad 159. Struma bei einem Kinde. Ich verwende mit immer gutem Erfolge Unguentum Kalii jodati, einmal täglich fünf Minuten lang einreiben.
Dr. **Rechtszaft,** Bendzin.

Ad 160. Nitroglyzerinverordnung. Die Dispensation des Nitroglyzerins ist, seitdem in den Apotheken eine 1%ige spirituöse Lösung vorrätig gehalten wird, eine bequeme. Ursprünglich wurde nach Nothnagels Empfehlung das Nitroglyzerin in Tabletten zu ½ bis 1 mg (ein bis drei Tabletten pro die) angewendet. Diese früher beliebte Darreichungsform ist. seitdem Binz gezeigt hat, daß die Tabletten den Nitroglyzeringehalt

durch längeres Aufbewahren verlieren, weniger im Gebrauche. So wird es begreiflich, daß in Fällen, wo die Tabletten eine nur geringe Wirkung entfalten, man durch Darreichung in Tropfenform einen günstigen Effekt zu erzielen vermag. Die einfachste Präskription lautet: Solutio Nitroglycerini alcoholici (1%) 5.0. Signa ein bis vier Tropfen auf Zucker. Hiedurch ist die Verwendung ähnlich wirkender teurerer Präparate (Erythroltetranitrat) entbehrlich. Die Tropfenform ermöglicht eine viel größere Abstufung in der Dosierung. Die Dosierung des Nitroglyzerins hat sich nach der individuellen Verträglichkeit zu richten. Man beginnt mit kleinen Dosen und steigt, bis man den physiologischen Effekt des Mittels bemerkt. Es gibt Fälle, die schon nach ½ bis 1 mg mit Kopfschmerzen, Schwindel und Kongestionen reagieren. Hier darf das Nitroglyzerin nur in kleinsten Dosen gegeben werden. Man soll bei langdauernder Behandlung periodisch mit dem Mittel aussetzen. Von einer explosiven Wirkung bei medizinischem Gebrauch in Tropfenform finde ich in der mir zugänglichen Literatur keine Erwähnung. Da der Name „**Nitroglyzerin**" **wegen** seiner bekannten Sprengwirkung bei Laien zu Befürchtungen Anlaß geben kann, so ist das Synonym „Trinitrin" vorzuziehen, also Solutio Trinitrini alcoholici 1%. Die selteneren Synonyma „Glonoin" und „Nitroleum" für Nitroglyzerin sind weniger gebräuchlich. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 166. Gegen Seekrankheit ist sehr wirksam und empfehlenswert Mothersills „Seasick Remedy", ein anglo-amerikanisches Geheimmittel. Das Mittel hat sich bei mir, trotzdem ich als Neurastheniker für die Seekrankheit im höchsten Maße disponiert bin, bestens **bewährt**. Prof. Ernst Fuchs in Wien hat das Mittel wärmstens empfohlen auf Grund seiner Erfahrung bei sich und seiner Familie. Jeder Schachtel ist eine ausführliche Gebrauchsanweisung beigegeben.

Dr. A. **Vidak**, Velika Kikinda.

Ad 181. „Autismus" (von „autos" = selbst) bedeutet Überhandnahme des Ich-Momentes über objektive Auffassung der Außenwelt, wie sie Schizophrenen eigen ist. „Autistisches Denken" nennt Bleuler ein Denken, das keine Rücksicht nimmt auf die Grenzen der Erfahrung, und das auf eine Kontrolle der Resultate an der Wirklichkeit und eine logische Kritik verzichtet, das heißt analog und in gewissem Sinne geradezu identisch ist mit dem Denken im Traume und dem des autistischen Schizophrenen, der sich um die Wirklichkeit möglichst wenig kümmernd im Größenwahn seine Wünsche erfüllt. Das autistische Denken hat seine besonderen von der realistischen Logik abweichenden Gesetze, es sucht nicht Wahrheit, sondern Erfüllung von Wünschen. Welche Denk- und Behandlungsfehler Ärzte begehen, die autistisch denken, schildert Bleuler in „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung" (Verlag J. Springer, Berlin 1922, dritte Auflage), einem für jeden Arzt lesenswerten Büchlein. Dr. **Allerhand**, Lemberg.

Ad 191. Zuckerinjektionen bei Furunkulose sind meines Wissens noch nicht gemacht worden. Doch wäre immerhin ein Versuch damit am Platze, wobei aber zu beachten ist, daß bei Vorhandensein größerer Eiterungen infolge der durch die Zuckereinspritzung bedingten beschleunigten Resorption stärkere Temperatursteigerungen ausgelöst werden können. Die Technik ist die der intravenösen Applikation. Dosierung: 10 bis 20 cm³ einer 50%igen sterilen Traubenzuckerlösung (die Pharmazeutische Industrie, A.-G., Wien, bringt solche Ampullen unter dem Namen „Osmon Phiag" in den Handel). Literatur: Stejskal „Grundlagen der Osmotherapie" (Verlag Safař, Wien). — Zemann in W. klin. Wschr. Nr. 17, 1921. —

Lauber in W. klin. Wschr. Nr. 4, 1921. — Steinberg in D. m. Wschr. Nr. 50, 1921. — Scholz und Richter in D. m. Wschr. Nr. 50, 1921 usw.

Dozent Dr. A. **Perutz**, **Wien.**

Ad 193. Die rezidivierende Phlebitis ist in der Regel ein außerordentlich hartnäckiges Leiden. Während der Rezidive Bettruhe, Umschläge, Pinselungen der Haut mit Cehasol. Von einem Erfolg der Proteinkörpertherapie ist mir nichts bekannt. Handelt es sich um oberflächliche, nicht allzu weit verzweigte Varizen, so käme die Exstirpation der immer wieder zu Rezidiven neigenden Venen in Betracht.

Dozent Dr. W. **Denk, Wien.**

Ad 195. Einschlafen der Hände. Versuchen Sie es, Ihren Patienten ohne Nachthemd, also mit unbekleidetem Oberkörper, ins Bett gehen zu lassen. Das nächtliche Auftreten der Parasthesie läßt vermuten, daß es sich um Druck der Ärmelnaht des Hemdes auf Blutgefäße oder Nerven der Achselhöhle handelt. Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 195. Schon der Anatom Zuckerkandl machte auf die anatomische Lagerung des Nervus radialis und Nervus ulnaris aufmerksam, die durch ihren Verlauf auf dem Knochen einem Druck leicht ausgesetzt sind, weshalb oft geringfügige Traumen, z. B. Hängenlassen des Armes über die Bettkante während des Schlafes, zu plötzlichen Radialislähmungen führen. Diese nur während der Nacht auftretenden Schmerzparoxysmen sind auf solche ähnlichen Druckreizzustände zurückzuführen. Die hochgezogenen Arme drücken im Schlafe auf den Plexus brachialis und führen oft so die unter dem Namen „Plexusneuralgien" bekannten Symptome herbei. Häufig sind diese mit Omarthritis vergesellschaftet, ohne daß diese direkt als Ursache bezeichnet werden kann. Galvanisation des Plexus brachialis (Anode auf den Plexus, Kathode auf den irritierten Nerven) führt nach mehrwöchentlicher Behandlung zum völligen Schwinden der sehr unangenehmen Schmerzen. Beginn mit geringen Stromstärken: 4 bis 6 MA, bis zu 10 bis 15, ja 20 MA in der Dauer von fünf Minuten in den ersten Sitzungen, steigend in den nächsten Sitzungen um je drei bis fünf Minuten bis zu 20 bis 30 Minuten. Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 197. Auskunft über Epilepsie eines Patienten. Die Pflicht zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses verbietet zweifellos die Auskunftserteilung. Es wäre der Dame anzuraten, von dem Bewerber um ihre Tochter ein Gesundheitszeugnis zu verlangen. Schon dieses Verlangen dürfte den Patienten, zumal es sich ja um einen intelligenten Mann handelt, auf seine Gewissenspflicht aufmerksam machen, nicht unter Verschweigung einer so schwerwiegenden Erkrankung in die Ehe zu treten. An diese Pflicht wäre er noch überdies vom behandelnden Arzte eindringlichst zu mahnen. Dr. O. **Kurz**, Wien.

Ad 198. Als handlichstes Aortenkompressorium ist für den Praktiker das Rissmannsche (Medizin. Warenhaus, Berlin) zu empfehlen.

Die Red.

Ad 200. Kompendium der Chirurgie. „Die Chirurgie in der Landpraxis" von Carl Bayer, Verlag Fischer in Berlin.

Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 201. Deutsche Badeorte für Gichtiker. Kissingen, Neuenahr, Wiesbaden Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 202. Vakzineurin bei Beschäftigungsneurose. Eine 56jährige Patientin mit Beschäftigungsneurose, bei welcher Schwefelbäder, Kaseosaninjektionen, Faradisation versagt hatten, behandelte ich mit Vak-

zineurin. Nach der ersten Serie war keine Besserung zu bemerken, nach der zwölften Injektion schwanden die Schmerzen, kehrten aber nach drei Tagen wieder. Nach der dritten Serie (also im ganzen 18 Injektionen) blieben die Schmerzen aus. Während der Injektionskur wurde keinerlei andere Behandlung vorgenommen. Ob der Erfolg ein dauernder ist, kann ich noch nicht sagen, da die Kur erst vor zehn Tagen beendet wurde.

Dr. J. **Szabo**, Kenezlö.

Ad 203. Ganzmetallspritzen. Die Standardspritzen der Firma Evens & Pistor in Kassel sind vorzüglich, bestehen aus Ganzmetall, haben vorzüglich dichten Metallkolben und sind in allen Größen (1, 2, 5, 10, 20 cm^3) als Injektionsspritzen mit Rekordkanülen und außerdem zu 50 bis 200 cm^3 als Wundspritzen zu haben. Die 1-cm^3-Spritze kostete 1913 etwa Mark 3.75.

Dr. F. **Orland**, Wesseling

Ad 205. Furunkel nach Linimentum volatile habe ich auch schon auftreten gesehen, aber erst nach dem Kriege. Ich denke, die Schuld liegt am Öl: statt Oleum olivarum mit Oleum Sesami, welches reizt oder auch ranziges Öl.

Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 205. Trotz mehrjähriger Verwendung von Linimentum ammoniat. camphorat. zu Einreibungen und Massagen rheumatisch erkrankter Muskelgruppen habe ich nie Karbunkel auftreten gesehen. Wahrscheinlich sind durch zu intensive Einreibungen oder Massagen Hautkeime oder Keime (Strepto-Staphylokokken) der einreibenden Hand durch geringe Hautläsionen einmarschiert. Das Medikment dürfte nicht die Ursache sein. Das Laienpublikum ist bei Selbstmassage dementsprechend zu instruieren.

Dr. **Werner**, Burgdamm.

Ad 209. Öliger, eiweißhältiger Harn. Eine leichte, kurdauernde, wahrscheinlich nicht durch das Medikament verursachte Chylurie.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 211. Impotentia coeundi durch Penisknickung. Es dürfte sich um eine Chorda, das heißt Knickung des Penis handeln, herrührend von einer früheren teilweisen Zerreißung des Corpus cavernosum an der Stelle des Knickes, vielleicht gelegentlich einer zu heftigen Kohabitation oder Stoßen des erigierten Penis gegen einen Widerstand. Dadurch entstand ein Einreißen der Tunica albuginea, Blutung, später bindegewebige Ersatznarbe und bei Erektion mangelnde Füllung dieses Teiles des Corpus cavernosum, woraus eine Abknickung resultiert. Dr. **Werner**, Burgdamm.

Ad 214. Psoriasis. In dem beschriebenen Krankheitsbilde finden sich genug Anhaltspunkte dafür, daß der endokrine Mechanismus bei der noch in den Entwicklungsjahren befindlichen Patientin in sehr erheblichem Maße gestört ist. Es bestanden und bestehen Tonsillen- und hyperplastische Schilddrüsenanschwellungen, Chorea, starker Haarausfall, Menstruationsschmerzen, psoriatische Exantheme mit hartnäckigen Rückfällen, Idiosynkrasien, mithin allerlei hormonale Funktionsstörungen und nervöse Erscheinungen, die uns erklärende Hinweise über das Wesen der vorliegenden Erkrankung geben. Eine Jodothyrinbehandlung in entsprechenden Intervallen würde frappanten Erfolg haben und zum völligen Verschwinden der so komplexen Symptome führen. Hiebei vorsichtige Dosierung und ärztliche Kontrolle nötig.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 216. Krämpfe, Salivation und Fieber bei einem Kinde. Der geschilderte Symptomenkomplex läßt mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auf eine grippöse Erkrankung des Zentralnervensystems schließen.

Therapeutisch wäre ein Versuch mit Hydrargyrum succinimidat. in 1%iger Lösung intramuskulär unbedingt anzuraten (nach Billigheimer). In dreitägigen Intervallen wird 1 cm³ injiziert, die Kur nach acht bis zwölf Injektionen beendet. Dr. R. **Weinberger**, Graz.

Ad 217. Zur Ausführung der Wassermann-Reaktion bringt die „Pharmazeutika, A.-G.", Wien III., Linke Bahngasse 9, „Dr. Weiss, Syphilis-Diagnostikum" in den Handel, ein komplettes Besteck in vernickeltem Kasten mit Reagentien zur gleichzeitigen Ausführung von sechs Untersuchungen und Kontrollen. **Die Red.**

Ad 219. Urtikaria bei einem Kleinkinde. Als Ursachen kommen Temperatur-, toxische und besonders alimentäre Reize auf dem Wege über das sympathische System in Frage. Vegetabile Diät, Verringerung der Milchkost bis zu nahezu vollkommener Abstinenz, Verbot von Eiern. Äußerlich Menthol- und Bromokollsalben zur Verringerung des Juckreizes. Innerlich Kalzan oder Calcium chloratum 15.0:300.0, drei bis vier Eßlöffel täglich längere Monate hindurch. Dr. **Werner**, Burgdamm.

Ad 223. Schlafsucht. Der Schlaf wird von dem Reizzustand einer umschriebenen subkortikalen Hirnstelle abgeleitet; es ist dies die Kernregion der Augenmuskeln in der Umgebung des Aquaeductus Sylvii, doch auch chronische Entzündungen im Bereiche der Linse und des Corpus striatum sind von Schlafsucht begleitet (Encephalitis lethargica, Polioencephalitis sup.). Die Hirnrinde hat den Schlaf nicht zu regulieren, ihr Ausfall erzeugt Bewußtlosigkeit, nicht Schlaf. — Bekannt sind dem Arzt Anfälle von kurz vorübergehender Müdigkeit und anfallweisem Schlaf; der unwiderstehliche Zwang zum Einschlafen setzt hiebei plötzlich ein — wie ein Blitz aus heiterem Himmel —, weder Anruf noch andere Mittel können ihn unterbrechen, bis nach wenigen Minuten oder einer Viertelstunde der Betroffene erwacht ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Selten schließt sich an die Schlafattacke vorübergehende Verworrenheit mit Halluzinationen oder eine passagere Spaltung des Bewußtseins mit Angstzuständen an. Gelineau, dann Westphal sen. haben anfangs der Achtzigerjahre diese Schlafanfälle als erste beschrieben und sie als Äquivalente des epileptischen oder hysterischen Anfalles betrachtet. Doch sind sie nicht in jedem Falle die Masken von Epilepsie oder Hysterie, denn sie kommen ohne jegliches Grand mal beim degenerativen Typus der Neurasthenie vor. Letzteres dürfte bei Ihrem Kranken der Fall sein. Die Anfälle haben den Namen „Narkolepsie" bekommen. Die Narkolepsie unterscheidet sich von den Anfällen der Hysterischen, die man Somnambulismus nennt, dadurch, daß der Somnambule im Schlaf komplizierte Handlungen automatisch verrichtet, indes die Leute mit Narkolepsie regungslos schlafen. — Die Schlafattacken sind als ein Reizzustand anzusehen, darum sind Sedativa am Platze; tatsächlich wird dieser anfallweise Schlaf durch Brom (3 bis 5 g täglich Monate hindurch) oder Brom in Kombination mit Luminal (0.1 pro die) günstig beeinflußt.

Prof. Dr. S. **Erben**, Wien.

Ad 223. Es handelt sich um einen typischen Fall von Narkolepsie. Therapie: Roborantia, Natr. bromat. 10, Tinctur. Valerian 8. Aqu. fontis 150. Durch längere Zeit zu gebrauchen. Psychotherapie wäre zu versuchen.

Dr. R. **Weinberger**, Graz.

Ad 225. Zahnschmerzen. Bei Pulpitis (diagnostisches Kennzeichen Nachtschmerz, Empfindlichkeit bei Temperaturunterschieden) Abätzen der Pulpa durch Einlegen eines kleinen mit Kreosot getränkten Watte-

bausches, Abschluß mit einem in Mastix getauchten Bäuschchen. Bei Periostitis (diagnostisches Kennzeichen ständiger Schmerz, Schmerzhaftigkeit bei Berührung des Zahnes) Entfernung aller kariösen Massen aus der Höhle, Offenlassen des Zahnes, warme Spülungen, Pyramidon, Trigemin usw. Alle diese Mittel können nur vorübergehenden Erfolg haben. Es ist für den Landarzt sehr angezeigt, sich mit den einfachen Grundprinzipien der Zahnheilkunde vertraut zu machen. Nur so können Zähne, die sonst der Zange verfallen, gerettet werden. Prof. Dr. B. **Klein**, Wien.

Ad 225. Bei kariösen Zähnen: Rp: Kreosoti, Olei Caryophyll. ana 2.0. Olei Sinapis aether. gtt. I. D. S. Einen Tropfen auf Watte in die Zahnhöhle. — Rp: Acidi borici subt. pulv. 1.0, Kreosoti qu. suff. ut fiat pasta. D. S. Ein stecknadelkopfgroßes Stück mit Watte im Zahn zu befestigen. — Bei periostitischen Schmerzen Aspirin 0.5 bis 1.0 und Rp: Chloroformii, Olei camphorat. ana 3.0. M. D. S. Zwei bis drei Tropfen auf ein Stückchen Watte, mit einem bohnengroßen Stück trockener Watte umwickeln und in das betreffende Ohrenvestibulum einlegen; mit der Hand das Ohr fest zudrücken. Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 225. Camphorae 1.0, Chloroformii ad 10.0. Einige Tropfen werden auf ein Stückchen Watte gegossen und dieses durch Zusammenbeißen gegen den kranken Zahn gedrückt. Dr. B. **Rattner**, Miescisko.

Ad 225. Ein in 10 bis 15 Minuten prompt wirkendes Mittel gegen Zahnschmerzen jeglicher Art: Rp: Phenacetin 0.3, Coffeini 0.1, Pyramidon 0.15, Chinini sulfur. 0.135, Magnes. ust. 0.04. Vorteilhaft ad capsul. amylac. Dr. G. **Reinlein**, Rudolstadt.

Ad 225. Gegen Zahnschmerzen empfiehlt Schwarz (M. m. W. Nr. 8, 1914) als ein sehr rasch und sicher wirkendes Riechmittel Oleum sinapis aether. Man hält dem Kranken ein Gläschen mit einem Gramm dieses Öles unter ein Nasenloch und fordert ihn auf, Mund und Augen zu schließen und hierauf einmal zu riechen (das andere Nasenloch drückt man dabei leicht zu). Als sofortige Reaktion hört jedes Schmerzgefühl auf. Die Dauer der schmerzstillenden Wirkung beträgt meist mehrere Stunden. Es handelt sich wohl um einen dem Senföl spezifischen Reflexvorgang durch die sensiblen Nerven der Nasenschleimhaut, die bekanntlich vom ersten Ast des Trigeminus stammen. — Zahnarzt Kner hat als Allheilmittel gegen allerlei Schmerzen in den Zähnen Betupfungen und Bepinselungen des Zahnfleisches mit Tannin 2, Spiritus rectificat. ad 10 empfohlen. Diese Lösung festigt auch prompt locker gewordene Zähne (Wien. med. Presse Nr. 11, 1907). — Nach Klein (Kremsier) ist Betupfen des Zahnfleisches mit einem kleinen Tropfen Amylnitrit ein rasch schmerzlinderndes und -befreiendes Mittel. Unter Umständen empfiehlt sich eine Wiederholung (Ztschr. f. Stomat., Bd. 20, H. 3). — Bei dieser Gelegenheit sei auch auf ein bei Parulis prompt wirkendes Mittel hingewiesen: Rp: Natrii subsulfuros. 2, Aqu. dest. 80, Sirup. simpl. 10. Signa: Stündlich einen Eßlöffel. Nach drei bis vier Eßlöffeln ist der Schmerz (ohne Morphin) verschwunden, und die Geschwulst verteilt sich in der Regel nach 20 bis 30 Stunden.
H. Lipp, Bakteriologe, Neubiberg bei München.

Ad 231. Buchführung für Ärzte. Für die Privatpraxis empfiehlt sich am meisten Karteibuchführung, für Kassenpraxis würde ich sofortige Eintragung in Listen, am besten mit Durchschreibsystem, empfehlen, um das lästige Abschreiben für die Kassenrechnungen zu vermeiden.
Dr. F. **Orland**, Wesseling

Ad 233. Ödeme bei chronischer Nephritis. Kapillardrainage an den Unterschenkeln pflegt in solchen Fällen günstig zu wirken, manchmal tritt nach einer solchen wieder diuretische Wirkung von Medikamenten ein, die vorher versagt haben. Man setzt den Kranken in einen bequemen Fauteuil, bestreicht eine venenfreie Hautstelle an der Außenseite des Unterschenkels mit Jodtinktur und sticht dann den durch Auskochen sterilisierten Curschmannschen Kapillartroikart (drehrund) bis nahe an den Rand der Kanüle ein, zieht den Stachel heraus, sieht zu, ob blutfreie Ödemflüssigkeit abfließt und zieht in diesem Falle einen passenden Kautschukschlauch (Drainrohr) darüber, bindet ihn mit einem Faden fest und bedeckt die kleine Stichwunde mit einem zur Hälfte gespaltenen sterilen Tupfer so, daß der Schlauch durch den Spalt austritt. Den Tupfer fixiert man mit einem Heftpflasterstreifen oder mit Mastisol. Der Drainschlauch soll ausgekocht sein, darf nicht etwa in Alkohol oder Karbolsäure gelegt worden sein, weil er sich sonst durch Gerinnsel verstopft. Der Patient bleibt etwa zwölf Stunden sitzen, dann entfernt man die Kanülen und verbindet. Ein Nachnässen ist bei sauberem Verbandwechsel ungefährlich.

Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 234. Conjunctivitis eccematosa. Kalomel ist kontraindiziert bei starker Sekretion und bei frischen Hornhautinfiltraten. Bei starker Sekretion entweder 2% Arg. nitr. oder Argent. kolloid. ein- bis zweimal täglich. Ziliarreizung (Pannus, miliare Randphlyktänen) erfordert Atropin. Zur Schmerzstillung sind empfehlenswert Stirnsalbe (Extract. Belladonn. 0.05 Ung. cin. 5), ferner lokal 3 bis 6% Dioninlösung, eventuell Dionin in Kombination mit gelber Präzipitatsalbe. In manchen Fällen führt das zweimal tägliche Einstreichen einer Atropin-Sublimatsalbe zum Ziel. Mitunter führt die ambulatorische Behandlung nicht zum Ziel und ist die Aufnahme in eine Augenheilanstalt mit geordnetem Betrieb, woselbst die Überwachung und Pflege des Patienten sachgemäß erfolgt, nötig. Dann wird in wenigen Tagen ein Erfolg erzielt, selbst in Fällen, die schon wochen- oder monatelang sich herumziehen.

Dozent Dr. R. **Bergmeister,** Wien.

Ad 235. Menorrhagien. Weder vom Liegen noch vom Aufgeben des Berufes ist Besserung zu erwarten. Manchmal nützen Ovarialpräparate. Vor allem wäre aber genauer allgemeiner Status und lokaler Befund zu erheben. Besteht Vitium? Chronische Nephritis? Ist der gynäkologische Tastbefund vollkommen normal? Ohne Diagnose kann auch keine Therapie angeraten werden. Ist alles normal, so kann es sich noch um Thrombopenie handeln. Blutbefund! Erst bei negativem Befund sind Styptika (Ergotin, Hydrastinin. hydrochlor.), eventuell Calcium lacticum zu versuchen, bei Thrombopenie Milzbestrahlung.

Prof. Dr. C. **Bucura,** Wien.

Ad 235. Indiziert ist eine Kalkkur (C. chlorat, lactic. oder phosphor.). Zufuhr schwacher Säuren, von Aspick. Keine scharfen Gewürze. Stuhlregelung. Eventuell Fahrrad und Nähmaschine verbieten.

Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 236. Die Grundlage der Magnetotherapie ist die durch nichts erwiesene Annahme, daß der Magnetopath ein Fluidum auszuströmen vermag, das heilend auf seinen Patienten wirken soll. Handauflegen, magnetische Striche u. dgl. sind das Rüstzeug dieser Therapie, die natürlich bei psychogenen Leiden Erfolge erzielen kann, ebenso natürlich sind

diese Erfolge aber bei dem ohnehin disponierten Kranken stets auf autosuggestive Vorgänge zurückzuführen. Dr. R. **Weinberger**, Graz.

Ad 237. Poliomyelitis. Strychnininjektionen wurden zwar mehrfach empfohlen, doch müssen die Erfolge wohl recht problematisch genannt werden. Ich würde raten, den Fall von einem gewiegten orthopädischen Chirurgen ansehen zu lassen (Muskel-, Sehnentransplantationen u. dgl.?) — Vor einer Infektion braucht man ein Jahr nach dem akuten Einsetzen wohl keine Angst mehr zu haben. In den akuten Stadien käme möglichste Desinfektion der Nasen-Rachenschleimhaut (und deren Sekrete bei dem Kranken selbst) in Betracht. Prof. Dr. A. **Pilcz**, Wien.

Ad 237. Bei einem Falle von akuter Myelitis wandte ich nach viermonatlichem Bestehen des Leidens Milchinjektionen an (5 bis 8 bis 10 cm^3; im ganzen fünf Injektionen). Der Erfolg war verblüffend; die fehlenden Reflexe kehrten wieder, der Babinski verschwand, der bettlägerige Kranke begann zu gehen. Der Fall ist über zwei Jahre ohne Rezidiv in meiner Beobachtung. — Es wäre daher diese Therapie zu versuchen.

Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 238. Wanzenvertilgung durch Gase. Leider kann ich über die vorliegende Frage nur unvollkommen Auskunft geben. Das Verfahren der Firma Fameda in Tempelhof ist mir nicht bekannt, dürfte sich aber kaum von andern ähnlichen Verfahren unterscheiden. Hier in Wien wurde während des Krieges von der Reinigungsanstalt „La Générale" in Wien I., Hegelgasse 9, ein Apparat und das dazugehörige Präparat „Saliurkose" abgegeben, mit welchem die Desinfektion einfach und leicht auch von Privaten durchgeführt werden konnte. Wichtig ist bei all diesen Verfahren das sichere Abdichten aller Fugen (Fenster, Türen), derzeit am billigsten mit Zellstoffwatte durchzuführen. Mir ist nicht bekannt, ob die Apparate noch abgegeben werden, doch habe ich erfahren, daß dies wenigstens in Wien nicht der Fall sei, daß die Gesellschaft, vielmehr die Desinfektion selbst durchführt. Vielleicht würde aber für ein Armenhaus eine Ausnahme gemacht werden. Ich konnte ferner in Erfahrung bringen, daß das Medizinische Warenhaus, Wien IX., Spitalgasse 1, unter gewissen Bedingungen die Herstellung solcher Apparate übernehmen würde. Alle diese Methoden sind bei gründlicher Abdichtung der Räume völlig ungefährlich für die Umgebung. Sehr zweckmäßig, aber weniger ungefährlich ist die Reinigung mit Sublimatspiritus; immerhin sehr empfehlenswert, für lokale Vertilgung der Brutstätten von Wanzen in Mauerritzen, Bettstätten, Fußbodenspalten. Eine gründliche und sorgfältige Handhabung führt sicher zum Ziele, besonders in Verbindung mit der Ausschweflung. Wandanstriche mit Sublimatspiritus sind in Räumen, in welchen Menschen sich dauernd aufhalten oder schlafen, nicht zu empfehlen. Prof. Dr. E. **Přibram**, Wien.

Ad 239. Symmetrische periodische Hautschwellungen an der Nase. Es spricht nach meiner Ansicht vieles für Artefakte: die Symmetrie, das zeitweilige Verschwinden. Gegen rezidivierendes Erysipel sprechen das Fehlen der Rötung und die vom Kollegen angegebenen Symptome. Oedema cutis circumscriptum Quincke kommt wohl symmetrisch nicht vor. Pflanzliche und chemische Reize erzeugen bei Überempfindlichen Schwellung, aber wohl nur mit Erythem vereinigt. Auch ließe sich ja leicht diese Überempfindlichkeit durch Probieren verschiedener Substanzen an anderen Hautstellen ermitteln. Ich glaube, daß man auch das Innere der Nase untersuchen müßte, ob nicht da Ursachen für kollaterales Ödem vorhanden wären. Ebenso müßte auf Dermographismus untersucht werden. Es wä-

denkbar, daß der Mann sich diese Schwellungen über den Nasenbeinen durch Reibung oder Druck selbst erzeugt.

Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Ad 240. Lungenspitzenkatarrh. Möglicherweise verbirgt sich hinter dem Hilusschatten ein größerer Mediatinaldrüsentumor (Lymphogranulom), also öfter durchleuchten, vielleicht gar Röntgentherapie. Die spezifische Behandlung würde aber fortzusetzen sein. Besonders empfohlen sei die Bazillenemulsion des Wiener Staatlichen Serum-Institutes.

Prof. Dr. E. **Löwenstein**, Wien.

Ad 242. Lokale Schmerzen bei Lungentbc. Diese Schmerzen sind auf pleurale Verwachsungen mit konsekutiven Zerrungen an kleinen Nervenstämmen, zum Teil jedenfalls auch auf einen erhöhten Erregungszustand gewisser sensibler Bahnen nach dem Prinzip der viszerosensorischen Reflexe (Mackenzie) zu beziehen. Mitunter hilft Bestrahlung mit Quarzlampe oder Sonnenbad. Auch Tuberkulin oder die üblichen Einreibungen mit leichter Massage der empfindlichen Muskelpartien scheinen gelegentlich erfolgreich. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 243. Schmerzen in den Handgelenken. Eine Diagnose läßt sich ohne persönliche Kenntnis des Kranken nur gelegentlich, die Diagnose Hysterie aber mit einiger Sicherheit sehr selten stellen. Liegt nicht eine chronische Entzündung der Sehnenscheiden vor? Die subfebrilen Temperaturen und der Lungenbefund zeigen wohl eine aktive Tuberkulose an, die im Verein mit der Beschäftigung der Patientin an der Ätiologie beteiligt sein dürfte. Therapeutisch, wofern diese Vermutung zutrifft, Heißluft, Tuberkulin, Quarzlampe u. dgl. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 245. Scleritis profunda. Die empfehlenswerteste, wenn auch nicht immer aussichtsvolle Therapie bei der tiefen Skleritis auf skrofulöser Basis ist eine viele Monate fortgesetzte, langsam ansteigende Tuberkulinkur mit Vermeidung von Herdreaktionen. Allgemein kräftigende Behandlung. Lokal hauptsächlich Dionin und feuchte Wärme. Bei Beteiligung der Iris eventuell Atropin. Von Milchinjektionen ist nichts zu erwarten. Bei Durchführung einer Tuberkulinkur Kontrolle des internen Befundes.

Dozent Dr. E. **Bachstez**, Wien.

Ad 246. Infektiosität des Lupus. Ich halte den Gemeindeschreiber für dienstfähig, da eine Ansteckungsfähigkeit wohl schwerlich in Frage kommt. Prof. Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 248. Haarausfall. Der beschriebene Zustand — Spaltung der Haare an deren Spitze, die ihrerseits wieder sekundäre Spaltungen aufweisen kann — ist diejenige Haaraffektion, die als „Trichoptilosis (Trichoschisis) bezeichnet wird. S a b o u r a u d wies darauf hin, daß die Trichoptilosis traumatischen Ursprungs ist und auf eine übermäßige Entfettung und Schädigung der äußeren Schichte der Haare (z. B. durch allzu häufige Waschungen und Abseifungen) zurückzuführen ist. Therapeutisch wird empfohlen, die Haare über der Bruchstelle abzuschneiden und sie beständig einzufetten. J a d a s s o h n empfiehlt Einfetten (über Nacht) mit 1% Pyrogallussalbe oder Einfetten mit folgendem Spiritus: Rp: Acidi pyrogallici 1, Olei ricini 5, Spiritus Coloniensis ad 100. Mit der Alttuberkulinkur steht die Affektion sicherlich nicht im Zusammenhang.

Dozent Dr. A. **Perutz**, Wien.

Ad 249. Icterus catarrhalis. Als beste Behandlungsmethode für den Icterus catarrhalis erscheint gegenwärtig öftere Duodenalsondierung, verbunden mit der Einspritzung von stark gallentreibenden Mitteln durch die

Sonde und ferner von Mitteln, welche die Öffnung, bzw. Erschlaffung des Oddischen Sphinkters energisch betreiben. Man führt die Duodenalsonde ein, wartet bei Rechtslagerung des Kranken, bis alkalische, eventuell gallige Sekrete abfließen, dann spritzt man 10 cm³ warmes Wasser ein, das ½ cm³ Adrenalin und den Inhalt von einer Phiole Papaverin enthält. Nach einer Viertelstunde kann man dann 30 bis 60 cm³ einer 25%igen Lösung von Magnesiumsulfat nachgeben. Sonst fleischfreie Kost, möglichst milde, aber kalorienreich, auch Butter gestattet. Kleine Dosen von Salol oder Natr. salicyl. mehrmals am Tage, Thermophor.

Dozent Dr. S. **Bondi**, Wien.

Ad 255. Urtikaria bei einem Kleinkinde. Die Ursache der Urtikaria dürfte wahrscheinlich in einer vom Darm ausgehenden Stoffwechselstörung, nach der neueren Auffassung in einer Anaphylaxie gegen irgend einen Nahrungsbestandteil bestehen. Auch Oxyuren kommen manchmal als Ursache in Betracht. Ich empfehle folgende Therapie. Diät durch 14 Tage: Erstes Frühstück: Eine Tasse Malzkaffee oder Milch mit Tee, ein bis zwei Würfel Zucker, eine halbe Semmel. Zweites Frühstück: Kompott, eine halbe Semmel. Mittags: Gemüse mit Erdäpfelpüree, Mehlspeise (kalter Gries oder Reis mit Himbeersaft, Auflauf, Biskuit mit Fruchtsaft, Teigwaren). Getränk: Limonade oder Himbeersaft mit Wasser oder Tee. Nachmittags: Tee mit Milch, ein Würfel Zucker, eine halbe Semmel. Abends: Gemüse oder Kartoffelpüree oder Milchspeise oder Einbrennsuppen mit Teigwaren. — Verboten sind: Eier, Rindssuppe, Fleisch, Fische, Hartkäse, rohes Obst, Butter. — Nach 14 Tagen kann langsam zur normalen Kost zurückgegangen werden. — Interne Medikation: Karlsbader Mühlbrunn 30 bis 50 g lauwarm, eine Viertelstunde vor dem ersten Frühstück zu nehmen (durch 14 Tage täglich). Neuerdings wird empfohlen Acidum lacticum 1 bis 2 g täglich durch 8 bis 14 Tage. — Externe Medikation: Gegen den Juckreiz täglich Alaunbäder; für ein Bad 20 bis 30 g Alumin. pulveris. oder 1 bis 3 g Kalium permangan. Betupfen des Körpers dreimal täglich (auch öfter) mit folgender Schüttelmixtur: Rp: Zinci oxydat. Talci veneti, Glycerini ana 20, Tumenol. ammonii 1, Spiritus vini dilut. 10, Aqu. dest. ad 100. Signa: Gut umschütteln; äußerlich. — Allgemeine Hygiene: das Kind soll sich meist in einem kühlen, luftigen Zimmer aufhalten, bei offenem Fenster schlafen, nur mit einem Leintuch zugedeckt werden. Die Kleidung soll so leicht wie möglich sein, Schwitzen soll vermieden werden. Bei großer Hitze soll das Kind nicht ausgehen oder sich in einem schattigen Garten aufhalten. (Vgl. auch die Antworten „ad 219" in dieser und der vorigen Nummer. — Die Red.)

Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 256. Pigmentierungen. Die Diagnose ist wohl ohne Untersuchung schwer zu stellen. Vitiligo? Neurofibromatosis Recklinghausen?

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 260. Konzeptionsfähigkeit nach Myombestrahlung. Als Ergebnis der Bestrahlung der Eierstöcke nehmen wir Ausschaltung der Follikelreifung an; mit dieser entfällt das die Blutungen auslösende Moment. Allgemein setzt man als jene Altersgrenze, in welcher eine d a u e r n d e, b l e i b e n d e Ausschaltung der Ovulation durch Bestrahlung erzielt werden kann, etwa das 40. Lebensjahr an. Im Einzelfalle würde ich aber nicht raten, sich auf diese Durchschnittszahl gar zu sehr zu verlassen, denn ein Wiedereinsetzen der Eierstockstätigkeit ist immer noch jederzeit möglich, und damit natürlich auch Schwangerschaft; selbst ohne vorausgehende Menstruationsblutung, scheinbar aus dauernder Amenorrhoe heraus.

Prof. Dr. F. **Kermauner**, Wien.

Ad 265. Werk über Schwangerschaft und Geburt für Laien. W. Huber: „Die junge Frau", Verlag J. J. Weber, Leipzig, 1920.

Die Red.

Medikamente.

Dicodid ist ein neues Hustenmittel, ein Hydrokodeinon, also wie Kodein ein Abkömmling des Opiums. Sorgfältige Prüfung durch Hecht (Heidelberg) ergab, daß das Mittel bedeutend stärker hustenstillend wirkt als Kodein und auch subkutan verabfolgt werden kann. Noch überlegener ist es dem Parakodin und Pantopon. Tagesdosen von 0.02 g Dicodid subkutan beseitigten den Husten prompter als Tagesdosen von 0.15 g Kodein. Jedoch ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß das Dicodid auch Euphorie und Angewöhnung erzeugt, also nur mit großer Vorsicht verordnet werden darf. Heroin und Pantopon bewirken bekanntlich ebenfalls leicht Angewöhnung und „Sucht", viel weniger Kodein und Dionin. — Erzeuger Knoll & Co., Ludwigshafen. (Klin. Wschr. Nr. 23, 1923.)

Felsol, ein neues Asthmamittel (Chemische Fabrik Roland in Essen), scheint erwähnenswert. Es wird von P. Schloßberger (Stuttgart) auf Grund reicher Erfahrung auch am eigenen Leibe sehr gelobt. Die Originalpackung enthält zwölf Pulver von folgender Zusammensetzung: Phenazon 0.25, Anilinpyrin 0.4, Jodopyrin 0.25, Coffein 0.1, die Glykoside der Digitalis und Strophantus à 0.0015 und das Alkaloid aus frischer Lobelia inflata. Die Herzmittel wurden auf Grund der richtigen Annahme beigefügt, daß auch beim echten Bronchialasthma ohne zugrundeliegende Herzaffektion im Anfall das Herz, namentlich der rechte Ventrikel infolge der Erschwerung des kleinen Kreislaufs, übermäßig beansprucht wird. Nach Einnehmen des Pulvers mit etwas Wasser ist absolute Körperruhe geboten. (Fortschr. d. Med., Nr. 5, 1923.)

Olobintin ist eine 10%ige sterile ölige Lösung einer Mischung gereinigter Terpentinöle, nach den Angaben Klingmüllers hergestellt, welcher ja bekanntlich die Terpentininjektionen eingeführt hat. Das Olobintin bietet den Vorteil einer sicher stets gleichmäßigen Zusammensetzung und guter Haltbarkeit und verursacht, subkutan oder intramuskulär eingespritzt, fast gar keine lokalen Schmerzen. Es kommt in Ampullen zu 1 cm^3 in den Handel. Bei frischen Entzündungen beginnt man mit 1 cm^3, bei älteren mit 3 bis 5 cm^3. — Erzeuger: J. D. Riedel, A.-G., Berlin. (D. m. W. Nr. 21, 1923.)

Instrumente und Apparate.

Gynaiki ist ein Pulverbläser zur Trockenbehandlung der Vagina, nach den Angaben von San.-Rat Stern (Frankfurt) hergestellt. Er scheint tatsächlich die Fehler früherer derartiger Apparate zu vermeiden, die in der Möglichkeit von Luftembolie, in Abschabung des Pulvers von der Vaginalschleimhaut beim Herausziehen des Apparates usw. bestehen. Der „Gynaiki" besteht aus einem fünfteiligen Drahtgestell und einem darin befindlichen fingerdicken, rohrförmigen Pulverbehälter nebst Gummiballon. Der Pulverbläser füllt bei geschlossenem Apparat den Raum zwischen den Teilen des Drahtgestelles aus, dessen freie Enden durch

Rinnen am Pulverbehälter gedeckt sind und sich also nicht in der Schleimhaut fangen können. Der Apparat wird geschlossen eingeführt und bis zur Fußschale vorgeschoben. Nun hält die linke Hand das Drahtgestell in situ fest, während die rechte Hand den Ballon in Tätigkeit setzt, wodurch das Pulver über die gesamte Vagina, besonders auch die Zervixpartie, zerstäubt wird. Der Apparat wird in zwei Größen (für Geborenhabende und für Nulliparae) hergestellt von der Firma C. Stiefenhofer, München, Carlsplatz 6. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 21, 1923.)

Eine Universal-Mikroskopierlampe für Hell- und Dunkelfeld der Firma F. & M. Lautenschläger, München, wird von P. Rosenberg (Haut-Klinik, Prof. v. Zumbusch, München) empfohlen, weil sie dem praktischen Arzt die Möglichkeit gibt, ohne spezielle Apparatur Dunkelfelduntersuchungen zur Frühdiagnose der Syphilis vorzunehmen. (M. m. W. Nr. 24, 1923.)

Notizen.

Gute Bücher.

Prof. G. Singer: „Die Gallensteinkrankheit" (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien. 62 Seiten mit 19 Abbildungen im Text und auf Tafeln). Bei aller Kürze enthält die Broschüre eine Fülle neuer Gesichtspunkte über Entstehung und Ablauf der Krankheit, Diagnose und Therapie. Besonders wertvoll für den Praktiker ist die ausführliche Beschreibung der modernen internen Therapie: Ölkuren, Tees, Medikamente.

R. Burow: „Arzneidispensier- und Rezeptierkunde" (Verlag F. C. W. Vogel in Leipzig. Preis: geheftet, Grundzahl 4). Vollständige Schilderung der Arzneibereitung und Anleitung zum Rezeptieren mit Berücksichtigung der Pharmakopoen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz. Als Anhang sind die Formulae magistrales (praktische und billige Rezepte für Kassen- und Armenpraxis) zusammengestellt, wie sie in Berlin, Wien und Basel eingeführt sind. Das Büchlein ist für jeden in der Praxis Stehenden — ob mit oder ohne Hausapotheke — unentbehrlich.

Fortbildungskurse der Wiener med. Fakultät.

Seminarübungen finden vom 1. bis 6. Oktober an einer Reihe von Wiener Kliniken und Abteilungen aus allen Fächern der Medizin statt, an denen die Teilnehmer in Gruppen zu fünf und zehn als Gäste der Abteilungsvorstände teilnehmen können. Anmeldungen bis zum 26. September beim Sekretär Dr. Kronfeld, Wien IX., Porzellangasse 22, der auf Wunsch auch Wohnungen (eventuell in den Abteilungen gegen Regiepreis) verschafft. Einschreibgebühr je nach der Valuta *K* 25.000.— bis 200.000.—.

Der XI. Internationale Fortbildungskurs über Laryngo-, Rhino- und Otologie findet an den Kliniken Hajek und Neumann vom 3. bis 12. Dezember statt.

Der XII. Internationale Fortbildungskurs über innere Medizin wird im Februar 1924 stattfinden.

Außerdem finden regelmäßig jeden Monat Spezialkurse über sämtliche Fächer an den Wiener Kliniken und med. Instituten statt. Programme dieser Kurse werden viermal im Jahr ausgegeben und auf Verlangen regelmäßig zugesendet.

Das Büro der Fortbildungskurse befindet sich, Wien IX., Frankgasse 8.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreis pro 1923, portofrei: Für das zweite Halbjahr für Österreich u. Deutschland ö. *K* 12.000.—, für Ungarn u. Polen ö. *K* 15.000.—[1]; ganzjährig č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 24.000.—[1], č. *K* 30.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M.“ (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—[1], č. *K* 40.—, Dinar 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—.

---

[1] Zahlbar auch in Mark bzw. ungarischen Kronen zum Tageskurse der Bestellung.

Zahlungen vom übrigen Ausland werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da die Inlandspreise die Herstellungskosten des Blattes nicht decken.

Zahlstellen für die „Ars Medici“:

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

llen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici“ beizufügen

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Telephon 29139 **Wien IX., Spitalgasse 1A.**

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse: Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 9. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.


HOVA
TABLETTEN
HOPFEN-VALERIAN-TABLETTEN
MILDES HYPNOTICUM
BEWÄHRTES SEDATIVUM
UND ANTIAPHRODISIACUM
HOVA-TABLETTEN
(HOPFEN-VALERIAN)
"ZYMA"
NYON
ANWENDUNG:
HOVA TABLETTEN
Bei Neurasthenie, Hysterie, Schlaflosigkeit Erregungszuständen u.s.w.

ARS MEDICI

Wien, am 15. September 1923.

Interne Medizin.

Atherosklerose, Asthma — Kieselsäure + Jod venös.

Prof. A. Kühn (Rostock) vertritt die Hypothese, die atherosklerotische Elastizitätsverminderung der Gefäße hänge mit dem Kieselsäureschwund derselben zusammen, da die Verdauungszellen die Fähigkeit verloren haben, aus der Nahrung die Kieselsäure zu resorbieren. Die günstigen Resultate der venösen Kieselsäuretherapie der Atherosklerose lassen sich durch Kombination mit Jod in dem von ihm angebenen Präparate „Najosil" (enthält pro Kubikzentimeter 0.01 Na silic. und zirka 0.01 reines Jod), namentlich bei luetischen Gefäßveränderungen (Aortenlues usw.) noch verbessern.

Es wird eine chronisch-intermittierende Behandlung empfohlen: 15 bis 20 streng venöse Injektionen, zwei- bis dreiwöchentlich, dann vier bis sechs Wochen Pause usw. Irgendwelche Schädigungen sind nicht zu befürchten, wenn man, wie bei jeder Jodkur sorgsam auf das eventuelle Auftreten von thyreotoxischen Symptomen achtet. Gute Erfolge werden bei allgemeiner Atherosklerose, Koronarsklerose, essentieller Hypertension, Präsklerose und Bronchialasthma berichtet. (Fortschr. d. Med., Nr. 5, 1923.)

Bulbus Scillae und Scillaren als Herzmittel.

Bekanntlich hat Mendel in letzter Zeit wiederholt auf die Meerzwiebel als ein zu Unrecht vernachlässigtes Herzmittel hingewiesen („Ars Medici" 1921, S. 51). Boden und Neukirch (Med. Klinik, Düsseldorf) prüften das Mittel genau klinisch und experimentell. Sie fanden, daß tatsächlich die Bulbus Scillae einen außerordentlich wirksamen, glykosidreichen Stoff enthält. Die Tatsache, daß die Bulbus Scillae als Herzmittel fast vergessen werden konnte und nur noch als Diuretikum hie und da in Gebrauch stand, beruht wohl darauf, daß sich die Wirksamkeit der Droge beim Liegen verringert (die untersuchte Tinctura scillae war ganz wirkungslos). Gibt man aber von der frischen Droge Bulbus scillae maritimae dreimal täglich 0.3 g oder drei Stück Scillarentabletten (Chemische Fabrik Sandoz; „Ars Medici" 1922, S. 236) à 0.2 g täglich, so ist die Wirkung auf kardiale Insuffizienzen eine ausgezeichnete. Bei Myodegeneratio cordis wirkt das Mittel besser als Digitalis und Strophantin. In einem Falle verschwand Vorhofflimmern unter Scillabehandlung (andere Fälle blieben allerdings unbeeinflußt). Bei Aortenvitien war der Erfolg gut, aber nicht besser als der von Digitalis. Bei Mitralvitien und Herzinsuffizienzen im Gefolge von Nierenerkrankungen hatte Scilla keinen Erfolg. — Schließlich

konnte die Behauptung Mendels nicht bestätigt werden, daß die Scilla im Gegensatz zur „systolischen" Wirkung der Digitalis eine „diastolische" Wirkung entfalte und daher besonders nach Überdigitalisierung oder bei sonstigen systolischen Kontraktionszuständen angezeigt sei. (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 142, H. 3/4, 1923.)

Diabetes — Insulinbehandlung.

In neuester Zeit mehren sich die Berichte über günstige Erfolge, welche das Insulin — ein alkoholischer Extrakt der Langerhansschen Inseln des Pancreas — bei Diabetes mellitus aufzuweisen hat. (Vgl.: „Ars Medici" Nr. 4 von 1923, S. 179.)

Lereboullet sah bei einem elfjährigen Knaben mit 100 g täglicher Zuckerausscheidung und deutlicher Azetonurie eine Verminderung des Zuckers innerhalb dreier Tage bis unter 3 g. Die Azetonurie verschwand, der Kräfte- und Allgemeinzustand besserte sich. Endgültige Schlußfolgerungen sind allerdings bei der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht statthaft; jedenfalls hat sich jedoch gezeigt, daß der kindliche Diabetes gleich dem des Erwachsenen gut auf Insulin reagiert. Selbstverständlich ist gleichzeitig die diätetische und symptomatische Therapie einzuleiten; Alkalien sind in genügender Menge zuzuführen. (Paris médical vom 19. Mai 1923.)

Zuelzer soll bereits 1908 mit einem alkoholischen Extrakt des Pankreas bei Diabetes Erfolge erzielt haben, desgleichen später Forschbach.

Banting, Campbell und Fletscher berichten über 50 mit gutem Resultat behandelte Fälle. Die Zuckerausscheidung war nach drei Tagen behoben, ebenso die Azetonurie. Deutliche Besserung des Allgemeinzustandes, Rückgang des Blutzuckers bis zur Norm. Sogar im Coma diabeticum soll das Insulin spezifische Wirkung geäußert haben. Die Anfangsdosis sei klein, man steigere sie allmählich bis zur eintretenden Wirkung. (British medical Journal vom 6. Jänner 1923.)

Auch L. Blum konnte bei subkutanen und intravenösen Insulininjektionen feststellen, daß die Verbrennung des Zuckers im normalen und im diabetischen Organismus gesteigert wird; der Harnzucker schwindet, der Blutzuckergehalt wird wieder normal.

Achard erhielt mit einem Pankreasextrakt vom Schwein gleichfalls günstige Ergebnisse, sprach sich jedoch zurückhaltend aus. (Presse médicale Nr. 6, 1923. Sitzungsbericht der Académie de Paris vom 16. Jänner 1923.)

Der Medical Research Council in London veröffentlicht erstaunliche Resultate bei 50 schweren Diabetikern (darunter sieben bereits komatösen) in acht großen englischen Krankenhäusern nach dreimonatlicher Insulinbehandlung. Mit Ausnahme der Komatösen wurden sämtliche Fälle außerordentlich gebessert. Nach jeder Injektion fällt der Blutzucker rapid ab, Glykosurie konnte auch bei bedeutender Diätbelastung verhindert werden, die Kranken nahmen regelmäßig an Gewicht zu und hatten ein Gefühl von größerer Kraft und Wärme. Azidosis, Lipämie, Dyspnoe wurden bedeutend gebessert oder beseitigt. So kann man hoffen, durch Insulin das Leben der schweren Diabetiker bei weniger strenger Diät zu verlängern. Nur muß täglich mindestens eine subkutane Injektion gemacht werden, da das Mittel nur vorübergehend wirkt. Ob ein schwerer Diabetes durch Insulin tatsächlich geheilt werden kann, ist zweifelhaft. Um zu starke Senkungen des Blutzuckerspiegels zu vermeiden, werden die Injektionen nach den Mahlzeiten, niemals nüchtern, verabfolgt und nachher noch alle

drei bis vier Stunden Nahrung verabfolgt. Treten trotzdem ausnahmsweise bedrohliche Reaktionen auf (Schwächegefühl, Schwindel, Ohnmacht, Sehstörungen, Schweiße, Angstgefühl), so genügt das Trinken von 10 bis 20 g Traubenzucker in 100 g Wasser, um das Befinden in 10 bis 15 Minuten wieder herzustellen. (The Lancet, 5. Mai 1923.)

Insulin — Wiener Erfahrungen. In der Gesellschaft der Ärzte in Wien (22. Juni 1923) berichtete Prof. W. Falta über zwei sehr schwere Fälle, die er mit dem ihm von Mac Leot (Toronto, Canada) gesandten Originalpräparat behandelt hatte. I. 42jähriger Mann, Diabetes seit eineinhalb Jahren, 20 kg Gewichtsabnahme, 5.5% Zucker, 2 g Azeton, Azidosis. Trotz Hungertage und Mehlfrüchte-Gemüsekost täglich 65 g Zucker und 2 g Azeton im Harn. Auf Insulin sank die Glykosurie regelmäßig in wenigen Stunden auf Null, auch der Blutzucker wurde nahezu normal und allmählich schwand das Azeton. II. 22jähriger Mann, 7½% Zucker. Hier mußten mehrere Tage hindurch zwei Injektionen täglich gegeben werden, worauf Pat. zucker- und azetonfrei wurde. Nach Aussetzen der Injektionen stieg der Zucker in beiden Fällen sofort wieder an. Das Insulin ist besonders wertvoll für schwerste Fälle und im Koma. Die Diättherapie kann es nicht ersetzen. Wirkliche Heilung ist durch Insulin kaum zu erhoffen. Bei Überdosierung treten Unruhe, Zittern, Hungergefühl, Krämpfe, Ohnmacht ein, doch lassen sich diese Vergiftungssymptome durch eventuelle venöse Zuckerzufuhr prompt beseitigen. Jedenfalls ist sorgfältige Kontrolle erforderlich. Das Mittel bedeutet eine große Errungenschaft.

L. Pollak hat bisher sechs schwerste Diabetiker mit einem von ihm selbst im Wiener Pharmakolog. Institut hergestellten Insulinpräparate (das durch die „Ges. Pharmazeutische Industrie in Wien" in den Handel gebracht werden wird) behandelt, davon vier nur einige Tage bis zu einer Woche, während die beiden letzten Fälle seit zirka vier Wochen täglich zwei Injektionen erhalten. Der eine schied zu Beginn täglich 2 bis 300 g Zucker und 15 g (!) Azeton aus; jetzt hat er bei einer an Kohlehydraten und Fett reichen Kost nur 20 g Zucker und Azeton in Spuren und zeigt eine Gewichtszunahme von 14 kg; der andere Fall, ein Arzt, hat 8 kg zugenommen und ist dauernd zucker- und azetonfrei. Auch eine Neuritis optica besserte sich. Im Beginn der Kur treten infolge des raschen Absinkens der täglichen Harnmengen zur Norm häufig mäßige Ödeme auf, da die Gewebe sich nicht so rasch auf die plötzliche Stoffwechseländerung einstellen können. Bei diätetisch nicht mehr beeinflußbarer Glykosurie und Azetonurie, sowie in Fällen, die nur mehr zum Preise einer chronischen Inanition durch Hungerkuren gebessert werden können, ermöglicht die kontinuierliche Insulintherapie trotz reichlicher Kost und Eiweißzufuhr Erfolge, die zu den schönsten gehören, die die innere Medizin überhaupt aufzuweisen hat. Im Koma scheinen einige wenige Injektionen zu genügen, um den Kranken aus der unmittelbaren Gefahr zu retten.

Prof. O. Porges bestätigt vollinhaltlich diese Angaben. Insulin hat im erwähnten ersten Falle, der bereits präkomatös war, lebensrettend gewirkt. Das Originalpräparat scheint noch wirksamer zu sein, ist aber sehr teuer. Eine Injektion kostet zirka *K* 200.000.—.

G. Jellinek hat an der Abt. Primar. Weinberger einen 26jährigen Diabetiker mit einem von E. Freund (Wien) hergestellten Insulinpräparat erfolgreich behandelt. Die ursprüngliche Ausscheidung von 200 g Zucker und reichlich Azeton sank bei gleicher Kost auf 70 g Zucker und Spuren von Azeton.

In der Sitzung vom 6. Juli berichtete E. Freund über die Theorie der Insulinwirkung. Dem Diabetes liegt eine Insuffizienz der Glykogenbildung in der Leber aus dem zugeführten Zuckermaterial zugrunde. Doch kann es sich nicht um eine chemische Insuffizienz der Leberzelle handeln. Dies zeigt die Beobachtung von Külz an einem Diabetiker, der bei Zufuhr von 50 g Zucker 27 g Zucker ausschied, bei Zufuhr von 100 g hingegen nicht das Doppelte, sondern nur 42 g und bei 200 g nicht das Vierfache, sondern nur 60 g. Die Ausnützung des Zuckers, die Assimilationsfähigkeit der Leberzelle ist also perzentuell um so besser, je konzentrierter die Zuckernahrung ist. Das wäre bei einer herabgesetzten chemischen Assimilation unmöglich. Man muß vielmehr an einen Mangel der physikalischen Resorption des die Leber durchströmenden Zuckermaterials infolge pathologischer Weite (Herabsetzung des Tonus) des portalen Gefäßsystems denken. Nur dann kann bei erhöhter Konzentration mehr resorbiert werden. Für eine solche nervöse Gefäßalteration spricht auch der große Einfluß psychischer Erregungen auf den Diabetes; ebenso das gelegentliche Schwinden des Diabetes bei interkurrenter Tbc. oder Pneumonie, wodurch wohl der Gefäßtonus, nicht aber eine chemische Insuffizienz geändert werden kann. Tierversuche haben nun gezeigt, daß Pankreasextrakte (Insulin) spezifisch Vasokonstriktion der Lebergefäße hervorrufen, während sie auf die chemische Glykogenbildung keinen Einfluß zeigen. Wenn man eine mit Pankreasextrakt versetzte Ringerlösung von der Pfortader aus durch die Meerschweinchenleber leitet, so sinkt die Zahl der die Leber passierenden Tropfen in wenigen Minuten auf den zehnten Teil, es tritt selbst vollständige Vasokonstriktion ein, so daß für längere Zeit überhaupt keine Flüssigkeit die Leber passiert. Gleichzeitig durch die Leber geschickte Zuckerlösung wird in erhöhtem Masse resorbiert. Das Insulin steigert also durch die Vasokonstriktion die Resorptionsmöglichkeit der Leberzellen ad maximum. Vortr. zitiert die Arbeiten von Eppinger, Falta und Rudinger (W. kl. W. 1908), die zu folgender Gruppierung der endokrinen Drüsen gegenüber dem Diabetes führten: Die den Sympathikus tonisierenden, also vasodilatorisch wirkenden inneren Sekrete der Hypophyse, Thyreoidea und Nebenniere fördern den Diabetes, während andererseits die vom Vagus innervierten Drüsen (Pankreas und Epithelkörper) vasokonstriktorisch den Diabetes hemmen. Adrenalin wirkt zwar (wahrscheinlich jedoch nur vorübergehend) vasokonstriktorisch, hemmt aber fast vollständig die Pankreassekretion, so daß das konstringierende Pankreashormon nicht zur Leber gelangt. (Ausführlichere Sitzungsberichte in W. kl. W. Nr. 27 und 29, 1923, ferner in M. Kl. Nr. 25 und 27, 1923.)

Diabetes mellitus — Petroleum intern.

Donnadieu teilt die Krankengeschichte eines Diabetikers mit, dem von einem Praktiker Petroleumtropfen empfohlen worden waren, und der nach eineinhalbjähriger Kur angeblich vollständig geheilt wurde. Ein 65jähriger Mann mit zirka 50 g täglicher Zuckerausscheidung nahm früh und abends einige Tropfen Petroleum, späterhin bis zu einem Kaffeelöffel und Eßlöffel. Unter dieser Behandlung verminderte sich der Zuckergehalt des Urins im Laufe von sechs bis sieben Wochen bis auf 10 g im Tage. Die mittlerweile wegen Prostatahypertrophie nötig gewordene Operation wurde vom Chirurgen in Hinblick auf den Diabetes abgelehnt, später jedoch, als bei fortgesetzter Petroleumkur kein Zucker im Harn mehr nachweisbar war, mit Erfolg durchgeführt. Patient nahm weiter durch 18 Monate morgens und abends je einen Kaffeelöffel Petroleum und blieb geheilt.

Der schlechte Geschmack des Mittels läßt sich folgendermaßen lindern: Man mazeriert 100 g gebrannten und gemahlenen Kaffee durch acht Tage mit einem Liter Petroleum und gießt vorsichtig ab. Nach dem Einnehmen des Petroleums Nachtrinken einiger Schluck schwarzen Kaffees. Das Mittel wird morgens nüchtern (nach einer halben Stunde erst das Frühstück!), abends unmittelbar vor dem Schlafengehen eingenommen. (Journ. des practiciens, 14. Juli 1923.)

Ektebin-Moro bei Tbc. Erwachsener.

An der Volksheilstätte Rosbach-Sieg hat Kressenboom Erfahrungen mit Ektebin bei 80 Erwachsenen (Tbc. aller Formen) gesammelt. Er kommt zu dem Resultate, daß das Ektebin das geeignetste Tuberkublinpräparat für die ambulatorische spezifische Therapie darstellt. Leichte Allgemein- und auch Herdreaktionen scheinen vorzukommen. Es wurde nach Ätherabreibung der Haut wöchentlich aus den 10 g-Tuben ein 5 mm, aus den 1 g-Tuben ein 10 mm langer Salbenzylinder durch eine Minute eingerieben. Jedenfalls ist Ektebin dem Ponndorfschen Verfahren vorzuziehen. (M. m. W. Nr. 22, 1923.)

Fieber bei Ulcus ventriculi

geringeren oder stärkeren Grades von verschiedener Form und Dauer kommt nach den Beobachtungen von E. Jacobs an der II. Med. Univ.-Klinik in Berlin (Prof. Kraus) auch bei komplikationslosem Verlaufe des Ulkus vor, wobei das vegetative Nervensystem, wie überhaupt bei der Wärmeregulierung, eine große Rolle spielt. Vorübergehendes Fieber sieht man bei Blutungen, Obstipation, Diätfehlern, körperlicher Anstrengung, mechanischer Reizung (Magenausspülung, gröbere Kost usw.) und Affektionen anderer Organe; dauerndes Fieber bei Tbc., Ulcus tuberculosum und carcinomatosum, bei infektiös-mykotischem Ulkus, bei Gastritis, Perigastritis und umschriebener Peritonitis. (Vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 5.)

Ebenso wie man bei einem fiebernden Säugling durch Nahrungsentziehung die Temperatur herabsetzen kann, gelingt es auch beim Ulkusfieber infolge von Vagushypertonie durch eine Lenhartzkur oder fleischfreie Diät Fieber und Schmerzen zu beseitigen. Ebenso kann die allgemeine Beruhigung des Nervensystems durch Bettruhe den Kranken entfiebern. Die Kombination von Ulkus und Tbc. ist häufig. Langdauernde, meist subfebrile, remittierende Temperaturen sind nicht selten das führende Symptom einer umschriebenen Peritonitis und eine Indikation für die möglichst baldige Operation. Leichtes intermittierendes Fieber nach Ulkusoperationen ist ein Zeichen für Perigastritis mit Adhäsionen. (M. Kl. Nr. 18/19, 1923.)

Die gallentreibenden Mittel (Cholagoga)

kann man jetzt mittels der Duodenalsondierung genauer auf ihre Wirkung prüfen. Dozent Lepehne (Königsberg) teilt sie ein 1. in solche, die die Gallensekretion vermehren, und 2. solche, die den Abfluß der schon gebildeten Galle in den Darm beschleunigen.

Ad 1. Kalomel gilt seit altersher als ein die Gallensekretion steigerndes Mittel. Doch hat die Nachprüfung erwiesen, daß es nur durch seine abführende Wirkung die Gallenentleerung vermehrt, also in die zweite Gruppe der Cholagoga gehört. Ebenso wirkt Chologen, dessen Hauptbestandteile Kalomel und Podophyllin sind.

Die cholagoge Wirkung des Olivenöls konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Verschiedene Öle werden noch heute gegen Gallenstein-

krankheit empfohlen und bilden den Hauptbestandteil mancher Geheimmittel; hiebei wird das Publikum durch die im Stuhl auftretenden Ölseifenklümpchen getäuscht, die in den Prospekten als „erweichte Gallensteine“ bezeichnet werden. Dem alten Durandeschen Mittel (Mischung aus einem Teil Terpentinöl und drei Teilen Äther) scheint wenigstens eine Beschleunigung des Gallenabflusses zuzukommen.

Eine gallensekretionssteigernde Wirkung des Natrium salicylicum und des Salol läßt sich experimentell nicht nachweisen. Doch haben sich Gaben von 2 bis 4 g Natrium salicylicum pro die (als Kapseln oder Tabletten) in der Praxis bewährt, ebenso auch das Natrium benzoicum.

Das vielfach empfohlene Urotropin zeigt weder oral noch venös einverleibt eine cholagoge Wirkung und auch keine Desinfektion der Galle. Die Saliformintabletten, eine Mischung von Salizylsäure und Urotropin, werden in der Praxis günstig beurteilt (1 bis 2 g pro die). Die von Singer empfohlene venöse Injektion von Choleval zur Desinfektion der Gallenwege konnte Umber nicht wirksam finden.

Sicher ist die cholagoge Wirkung der Gallensäuren. Die üblichen Präparate sind: Fel tauri depuratum siccum (viermal täglich zwei Pillen zu 0.1); Natrium choleinicum (sechsmal täglich zwei Pillen zu 0.1), Ovogal, an Hühnereiweiß gebundene gallensaure Salze (dreimal täglich ein Teelöffel in Oblaten oder drei- bis viermal täglich zwei Kapseln) und das Agobilin, eine Mischung von gallensaurem Strontium, salizylsaurem Strontium und Phenolphthalein (zweimal täglich zwei Tabletten). Sehr gut zusammengesetzt ist das neue Präparat der Firma Riedel „Degalol“ (dreimal täglich zwei Tabletten). Schließlich gehört hieher das „Bilival“ (Böhringer), eine Verbindung von Gallensäure mit Lezitihin, von dem man täglich dreimal ein bis vier Pillen gibt.

Das Pfefferminzöl wurde von Heinz als spezifisches Cholagogum in die Therapie eingeführt. Experimentell ließ sich seine Wirkung nicht bestätigen, praktisch aber bewährt es sich. Es kommt an Zucker gebunden in Form von Dragées unter dem Namen „Cholaktol“ in den Handel (sechs bis zwölf Tabletten täglich). Zweckmäßig ist folgende Verordnung: Rp. Olei menth. piper. 1.25, Natrii salicyl. 20.0, Cadechol 3.0, Sachari ad 50.0. D. S. Drei- bis sechsmal täglich eine Messerspitze. Vielleicht gehört auch hieher das neuerdings von Bauer warm empfohlene „Agolithon“, die wirksame Substanz des ätherische Öle, Saponine und Bitterstoffe enthaltenden Neusserschen Tees.

Ad 2. Zur Beschleunigung der Gallenentleerung in den Darm dienen neben den oben genannten Abführmitteln (Kalomel, Chologen) zumeist Pharmaka, die man mittels der Duodenalsonde direkt in den Zwölffingerdarm bringt. Schon allein die Einführung der Duodenalsonde für mehrere Stunden bewirkt eine ständige reichliche Gallenentleerung. Injiziert man dazu noch intraduodenal eine sirupöse Lösung von Pfefferminzöl oder 3%iges Witte-Pepton (teuer!), so wird diese Wirkung verstärkt, und „schußweise“ entleert sich besonders dunkle Galle. In gleichem Sinne wirkt Magnesiumsulfat; 50 bis 100 cm³ einer 25 bis 30%igen Magnesiumsulfatlösung, intraduodenal eingeführt, erzeugen reichlichen, sehr dunklen Gallenfluß, wahrscheinlich durch Gallenblasenkontraktionen im Verein mit Sphinktererschlaffung verursacht. Die Sphinktererschlaffung kann man vielleicht noch durch Papaverin (subkutan) steigern.

Von nicht pharmakologischen Mitteln, die Gallensekretion zu erhöhen und den Gallenabfluß zu beschleunigen, ist wohl die Nahrungsaufnahme (besonders Fleischnahrung) das wichtigste. Nach Naunyns

Ausspruch kommt keinem der Cholagoga eine solche Wirkung zu, wie einer reichlichen gemischten Nahrung. Somit ist für Gallenkranke eine öftere Nahrungsaufnahme sehr zu empfehlen. Wasserzufuhr steigert die Gallensekretion nicht, das Karlsbader Wasser wirkt wohl durch seine antikatarrhalischen Einflüsse und seinen den Gallenfluß anregenden Salzgehalt. Heiße Umschläge und Diathermie beruhigen nur die Spasmen.

Soll man überhaupt Cholagoga anwenden? Umber und Naunyn haben früher davon abgeraten, weil der Sphincter choledochi einen Druck von 700 mm Wasser ausübt, der durch den Gallendruck nicht überwunden werden könne. doch hat die neuere Forschung gezeigt, daß die guten Cholagoga zugleich Sphinktererschlaffung bewirken; außerdem hat die Praxis den guten Einfluß der galletreibenden Mittel bewiesen. Sowohl bei Icterus catarrhalis als bei unkomplizierter Cholelithiasis empfiehlt sich daher heute die Kombination eines der unschädlichen Mittel (Natrium salicylicum, Degalol, Bilivad usw.) mit Duodenalsondierung und Magnesiumsulfatspülung. (D. m. W. Nr. 27, 1923.)

Gallensteinkolik — Hochlagerung des Unterkörpers.

Auf dem letzten Wiener Internistenkongreß teilte Hermann (Karlsbad) mit, daß es durch Hochlagerung des Unterkörpers, namentlich der Beine gelingt, nahezu jeden Anfall von Gallensteinkolik zu kupieren. Vermutlich wird durch den Druck der Baucheingeweide auf die Leber die Gallenströmung befördert. (Die Ther. d. Gegenw., H. 6, 1923.)

Die Kalktherapie bei Tbc.

wendet Hartwich-Borrmann (Lyster-Sanatorium, Norwegen) in folgender Form an: Rp: Calcii chlorat. 30.0, Kalziumazetat 60.0, Aqu. 285.0. Von dieser Kalkmixtur wird ein Teelöffel in einem Glas warmen Wassers eine halbe Stunde vor dem Frühstück gegeben (= 0.5 Calcii chlorat. pro dosi). Die Verkalkung wird begünstigt, der Auswurf vermindert, vor allem aber soll die Kombination mit Kaliumazetat die Entwässerung und Entsalzung des tuberkulösen Organismus bewirken. (Ztschr. f. Tbc., Bd. 37, H. 3.)

Perikarditis im Greisenalter

ist häufig. Unter 3000 Greisenobduktionen fand sie Christ (Basel) 196mal; in vielen Fällen stellte sie die Todesursache dar. Ätiologisch spielt die Tuberkulose die Hauptrolle; sie war in 69 Fällen am Herzbeutel histologisch nachweisbar, meist neben Lungentuberkulose; in einzelnen Fällen aber isoliert als alleinige Lokalisation der Tuberkulose. Andere ätiologische Faktoren der Greisenperikarditis sind akute Infektionen, Urämie und seltener chronische Erkrankungen. In 79 Fällen war die Perikarditis fibrös und obliterierend; hier war ein ätiologischer Anhaltspunkt nicht mehr zu gewinnen. (Frankf. Ztschr. f. Pathol., Bd. 29, H. 1/2, 1923.)

Die Therapie der primären chronischen progressiven Polyarthritis (-rheumatoiden Arthritis).

Von Dozent E. Freund (Klinik Wenckebach, Wien).

Die Krankheit hat mit Gicht oder Oralsepsis nichts zu tun. Zahlreiche Tonsillektomien und Extraktionen schadhafter Zähne zeigten keine deutlichen Erfolge. Das Leiden beginnt gewöhnlich symmetrisch in den kleinen Hand- oder Fußgelenken und greift allmählich auch auf größere

Gelenke über. Temperatur meist normal oder nur wenig erhöht. Häufig bestehen auffallende Blässe und schlechter Ernährungszustand, weshalb kräftige Ernährung mit Fleisch und Fett (Lebertran!) geboten ist. Schubweiser Verlauf und Ankylosierung sind häufig. Das Herz bleibt gewöhnlich verschont.

Am wirksamsten sind die radioaktiven Methoden, vor allem Inhalationskuren, 30 bis 50 Sitzungen, Beginn mit 40 ME pro Kubikmeter Luft, nach einer Woche steigen auf 150 ME. Ferner Badekuren in Joachimstal, Gastein, Teplitz-Schönau, Landeck, Kreuznach und andere. Trinkkuren sind weniger ökonomisch, da erst sehr hohe Dosierungen wirksam sind. Auch tagelanges Auflegen von Säckchen mit Uran-Pechblende in Pulverform wirkt sehr schmerzlindernd. Ferner sind empfehlenswert Röntgenbestrahlungen, Sonnenbäder, Quarzsonne, Fiebertherapie am besten mit Milchinjektionen. Schwefelinjektionen waren an der Klinik wenig wirksam.

Sehr wichtig sind Massage und Gymnastik auch bei leichten Temperatursteigerungen (im Gegensatz zum chronischen Gelenkrheumatismus, der sich aus dem akuten entwickelt!). Bei schmerzhaften Muskelspasmen und -kontrakturen aktive und passive Bewegungen im warmen Vollbad (36 bis 38° C). Bei schwereren Gonarthritiden ist es aber häufig zweckmäßig, das Gelenk vorübergehend durch einen abnehmbaren Blaubinden- oder Gipsverband ruhig zu stellen, der jedoch nach einigen Tagen täglich einmal zwecks Massage, Faradisation und passiver Bewegungen abgenommen werden muß. Bei kleineren Gelenken genügt eine einfache Bandage.

Wärmeapplikationen (heiße Bäder, Schlammpackungen, Diathermie usw.) wirken bei frischeren Prozessen eher verschlimmernd. Hingegen sind namentlich bei Jugendlichen Sole- oder Jodsalzbäder auch zu Hause sehr zweckmäßig.

Atophan, Aspirin usw. wirken nur schmerzlindernd, hingegen ist dem Jod, am besten in Form des Sirup ferri jod., ein heilender Einfluß nicht abzusprechen. (M. Kl. Nr. 21, 1923.)

Die Sippy-Kur bei Ulcus ventriculi und duodeni

hat sich in Amerika, England und Frankreich sehr eingebürgert („Ars Medici" 1921, S. 56 und 185), ist aber in Deutschland noch gar nicht klinisch nachgeprüft worden. Nun berichten Prof. Umber und sein Assistent Orlianski (Berlin) über Erfahrungen an 28 Fällen, von denen 23 außerordentlich günstig beeinflußt wurden. Darunter waren Kranke, die jahrelang mit den üblichen Methoden erfolglos behandelt worden waren und wegen der heftigen Schmerzen an Selbstmord dachten. — Die Kur eignet sich besonders für chronische Formen mit Vorwiegen der Schmerzen (starke Hyperazidität? — Ref.). Jedenfalls, meint Prof. Umber, sollte man keinen Ulkuskranken dem Chirurgen überantworten, ohne vorher die Sippy-Kur versucht zu haben.

Das Prinzip dieser Kur besteht in einer dauernden Alkalisierung des Magensaftes mittels häufiger Alkaligaben, wechselnd mit kalorienreicher, schonender Diät in häufigen kleinen Portionen; so wird die Säuresekretion herabgesetzt, die Schmerzen schwinden, und die Heilung wird angebahnt. Der Kranke erhält von 7 Uhr morgens bis 7 Uhr abends stündlich 100 cm³ eines Gemisches aus gleichen Teilen Milch und Sahne. In den dazwischen liegenden Halbstunden (also um 7½ Uhr, 8½ Uhr usw.) von 7½ Uhr morgens bis 8½ Uhr abends wird abwechselnd je eines von den beiden folgenden Pulvern gereicht:

I. Rp: Magnesia ust., Natrii bicarbon. ana 0.5.
II. Rp: Calcii carbon. 0.5, Natrii bicarbon. 1.5.

Allabendlich um 9½ Uhr hebert man den Magen aus, um sich vom Rückgang der Säurewerte zu überzeugen. Schon nach zwei Tagen wird dem Kranken vormittags ein weiches Ei gestattet und etwas Zwieback oder Weißbrot mit Butter, daneben aber immer die stündlichen Milch-Sahnegaben. Am Nachmittag kann statt einer Milchportion 100 g Reis- oder Hafermehlbrei gereicht werden. Bei dieser Kost nehmen manche Patienten 1000 bis 1500 g wöchentlich an Gewicht zu. Gegen Ende der ersten Woche kann der Kranke täglich 2 bis 3 Eier, 200 bis 300 g Brei als Zulagen zu den stündlichen Milch-Sahnegaben bekommen. Die einzelnen Mahlzeiten müssen aber klein bleiben, und keine Mahlzeit soll 100 g überschreiten. An Stelle einer Stundenmahlzeit kann dann auch 100 g Kartoffelpüree gegeben werden. Der Kranke muß die ersten sieben bis zehn Tage Bettruhe einhalten. Sollte der Magensaft trotz der Alkalisierung bei der Probeausheberung sauer reagieren, so können die einzelnen Alkaligaben gesteigert werden, am besten durch Zulage von 0.3 Calcium carbon. zu jedem Pulver. Nach vier Wochen kann der Patient seine Beschäftigung wieder aufnehmen. Die Schonungsdiät in Form von drei leichten Mahlzeiten à 300 bis 400 g breiförmiger Kost (aus Milch, Sahne, Kohlehydraten, Kartoffel, Gemüsepüree, gekochten Früchten) mit dazwischen geschalteten Stundenportionen von 100 g Milch-Sahnemischung sowie die Alkalisierung des Magensaftes müssen aber noch lange Zeit hindurch (ein Jahr und länger) fortgesetzt werden. Die Zahl der Alkaligaben kann allmählich herabgesetzt werden. — Nach zehn Wochen der Sippy-Kur wird eine fünftägige Pause eingeschaltet: kein Alkali, aber immer noch Schonungsdiät. Dann fünf bis sechs Wochen wieder Alkaligaben und Diät, dann fünftägige Pause usw. ein Jahr lang.

So weit die Vorschrift Sippys. Prof. Umber hat in seinem Krankenhaus die Kur nur wenig modifiziert: Aus wirtschaftlichen Gründen bekamen die Kranken statt Milch-Sahnemischung reine Milch oder Milchsuppen mit Reis, Gries, Mehl und Butterzusatz, immer in Einzelportionen zu 100 g. Wenn die Magnesiumpulver Durchfälle erzeugten, wurden entsprechend mehr Kalziumpulver gereicht. Auf die tägliche Magenausheberung wurde verzichtet, und der Grad der Schmerzen oder deren Nachlassen als Maßstab der Azidität betrachtet. Auch so wurden die oben erwähnten ausgezeichneten Erfolge erzielt. (Klin. Wschr. Nr. 29, 1923.)

Terpentinöl als Heilmittel.

Aus einem Vortrag von Prof. Heinz (Erlangen) am Wiener Internistenkongreß.

Die ätherischen Öle dringen wegen ihrer Flüchtigkeit und Lipoidlöslichkeit leicht in lebende Zellen ein, durchsetzen Haut und Schleimhäute und gelangen in die Zirkulation. Das Ol. Menthae pip. regt spezifisch die Leberzellen zur Gallenproduktion, das Ol. Juniperi die Nierenzellen zur Diurese an, das Ol. Sabinae hyperämisiert die Uterusschleimhaut (Juniperus Sabina ist ein bekanntes Abtreibemittel), Ol. Myrti, Eucalypti und Terbinthinae werden durch die Drüsen der Bronchialschleimhaut ausgeschieden und wirken auf die Atmungsorgane ein. Das Terpentinöl wirkt gefäßverengernd und leukozytenanlockend; injiziert reizt es das Knochenmark (Leukozytose!) und mobilisiert die Abwehrmechanismen des Organismus. Schlecht heilende Geschwüre (Ulcus cruris, Röntgenulkus, Dekubitus, Lupus exulcerans etc.) werden durch Terpentinöl in fester Form (2.5% Terpestrol-Streupulver und 5% Terpestrolsalbe) rasch geheilt. Im

Gegensatz zu wasserlöslichen Medikamenten durchdringen die ätherischen Öle die Lipoidhülle der Tbc.- und Leprabazillen; bei Tbc., Lupus und Lepra hat sich daher das Terpestrol außerordentlich bewährt (P. Unna). Schmierkuren mit Terpestrolseife, einer weichen, überfetteten Kali-Natronseife von 10% Terpentinölgehalt (Chem. Fabrik Deiglmayr, München) haben bei Tbc. aller Formen, Bronchiektasien usw. höchst erfreuliche Resultate gezeitigt. Bei Erkrankungen der Atmungsorgane (Laryngitis, Bronchitis) werden einige Tropfen einer Mischung von neun Teilen Terpentinöl und einem Teil Pfefferminzöl auf eine Tasse warmen (nicht zu heißen!) Wassers gegossen und die Dämpfe eingeatmet. Nierenreizungen sind nicht zu befürchten. (M. m. W. Nr. 20, 1923.)

Zunahme des Magenkrebses in Wien

konstatiert Prof. E. Schütz. Er führt dieselbe auf den vermehrten Genuß von Alkohol und Fleisch, namentlich von zähem Fleisch zurück. Magenbeschwerden, die trotz Diät usw., länger als 14 Tagen anhalten, sollten schon den Verdacht auf Ca erwecken. (W. kl. W. Nr. 28, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Encephalitis lethargica — Quecksilber.

Zahllos sind die gegen Encephalitis lethargica empfohlenen Mittel: Grippeserum, polyvalente Staphylokokkenvakzine, polyvalentes Streptokokkenserum, Vakzineurin, kolloidale Silberpräparate, Salvarsan, Natriumkakodylat, Urotropin, Trypaflavin, Antineuralgika, Antipyretika, Hypnotika, Strychnin, Skopolamin, Atropin; ferner Hydro-, Elektrotherapie, Lumbalpunktionen usw. Bei den sogenannten Folgezuständen mit der typischen Muskelsteifigkeit und Bewegungsarmut („Parkinsonismus") helfen wohl am besten Skopolamin und Atropin, doch müssen diese Mittel ununterbrochen monate- und jahrelang gegeben werden, wobei sich Skopolaminkachexie und Atropingewöhnung einstellen.

Es ist eigentlich merkwürdig, daß das Hg noch gar nicht bei E. l. versucht wurde. Billigheimer (Med. Univ.-Klinik, Frankfurt) hat nun Quecksilber systematisch angewendet, und zwar meist in Schmierkuren (5 g graue Salbe täglich) und seltener in Hg-salicyl.-Injektionen. Der Erfolg war bei akuten und subakuten Fällen ein auffallend guter und trat sehr rasch nach Beginn der Behandlung ein. Bei chronischen Fällen war zwar die Besserung keine so auffallende, doch wurde das zur Kachexie führende Skopolamin immerhin entbehrlich, und die Kranken konnten bei guten Kräften erhalten werden. Bei den schwersten chronischen Fällen versagte das Mittel; ein Teil dieser schwersten chronischen Fälle war quecksilberüberempfindlich und bekam Exantheme, so daß die Kur abgebrochen werden mußte. (Klin. Wschr. Nr. 26, 1923.)

Die fieberhafte akute Meningitis.

Von Prof. H. Curschmann.

Am häufigsten ist die tuberkulöse Meningitis. Sie tritt meist bei Kindern und Jugendlichen mit scheinbar latenter chirurgischer Tbc. auf. Beginn meist schleichend mit mäßigem Fieber, Müdigkeit, Kopfweh, Verstimmung, Charakteränderung, die nicht selten als Faulheit, Hysterie u. dgl. aufgefaßt wird. Eines Tages ist das Bild des Sopors, der

Unruhe mit Flockensehen, Umherwerfen usw. mit mäßiger Nacken- und Rückenstarre da. Patient verfällt rapid, wird kalt, bleich-zyanotisch. Es bestehen meist schon im Beginn Pupillardifferenzen, oft einseitige Lichtstarre oder -trägheit, Abduzenslähmung, eine gewisse Starre der Glieder gegenüber passiven Bewegungen, Unruhe in den Armen, Beugekontraktur der Knie mit dem wichtigen Kernigschen Phänomen: Es gelingt nicht, die Beine gestreckt zu heben; unter augenscheinlichem Schmerz tritt sofort eine starre Beugung des Knies ein. Konvulsionen sind bei Kindern häufig. Oft besteht Hyperästhesie, namentlich an den Waden- und Fußsohlen. Die Sehnenreflexe sind anfangs gesteigert, um später zu erlöschen Babinski inkonstant. Diagnostisch und prognostisch bedeutsam das Erlöschen der Hautreaktion (negativer Pirquet) und positive Diazoreaktion. Die Lumbalpunktion ergibt meist klaren Liquor unter hohem Druck mit starker Lymphozytose, vermehrtem Eiweiß und sich absetzendem Fibringerinnsel. Tbc.-Bazillen sind oft zu finden. Die Obduktion ergibt hämatogene allgemeine Miliartbc., Basalmeningitis. Ausgang meist tödlich. Therapie: Lumbalpunktion mindestens jeden zweiten bis dritten Tag, wonach Kopfdruck, Unruhe bisweilen deutlich nachlassen; Sedativa (Chloralhydrat oder Luminalnatrium rektal, Morphin-Skopolamin).

Die epidemische Genickstarre sieht der Praktiker meist in sporadischen Fällen. Beginn stets ganz akut mit hohem Fieber, Herpes faciei, Kopfschmerz, Benommenheit, Unruhe, stets erheblicher Nacken- und Rückenstarre mit Opisthotonus. Die Glieder werden steif, die Knie gebeugt, Erbrechen, Krämpfe, Schreien, Zähneknirschen, namentlich bei Kindern häufig. Kernig, Sehnenreflexe, Pupillen und Hyperästhesie wie oben, Babinski meist positiv. Anfangs häufig Bradykardie, später Tachykardie. Die Lumbalpunktion zeigt hohen Druck (200 bis 600 mm H_2O), stark getrübten, oft eitrigen Liquor mit fast ausschließlich Polynukleären und spärlichen Meningokokken. Der Verlauf kann (selten) ganz akut in wenigen Stunden oder Tagen zum Tode führen; meist gehen aber die sporadischen Fälle nach einem akuten Stadium von ein bis zwei Wochen nach vier bis sechs Wochen im ganzen in völlige Genesung über; nur ausnahmsweise entsteht nach anscheinender Besserung Hydrozephalus mit Lähmungen, Kontrakturen, Erblindung, Vertaubung, Verblödung und meist Tod nach vielen Wochen. Die eitrige Meningitis lokalisiert sich hauptsächlich auf der Konvexität des Gehirns. Die Therapie hat vor allem durch tägliches langsames Ablassen des Liquor bis zum Normaldruck für Druckentlastung und Eiterabfluß zu sorgen. Meningokokkenserum endolumbal ist namentlich bei Epidemien indiziert. Bei Hydrozephalus Balkenstich, eventuell auch Ventrikelpunktionen, Trepanation mit Spülungen. Dann sind manchmal Sedativa (wie oben) notwendig; Salizyl, Urotropin u. dgl. sind wertlos. Der Kranke ist zu isolieren, doch kommt direkte Übertragung auf die Umgebung kaum vor.

Seltener ist die sekundäre Meningitis, die entweder fortgeleitet (otogen, Kopferysipel, Gesichtsfurunkel) oder metastatisch (Typhus, Grippe, Sepsis, insbesondere Pneumokokkeninfektion) auftritt. Bei jeder Meningitis muß vor allem das Ohr untersucht werden. Prognose zweifelhaft, namentlich bei Pneumokokkenmeningitis. Bei otogener M. Operation. Bei der metastatischen M. sind gleichfalls energische Lumbalpunktionen indiziert. Differentialdiagnostisch kommen vor allem die Encephalitis epidemica (negativer Liquor!) und die syphilitische Frühmeningitis (klarer Liquor, reine Lymphozytose, Eiweißvermehrung, Nonne-Apelt und WaR. +), ferner Meningismus (besonders bei Pneumonie), eventuell auch schwere Migräne (Status hemicranicus), urämisches oder diabetisches Koma, Eklampsie, Hysterie in Betracht. (M. m. W. Nr. 25, 1923.)

Zur Jodtherapie des Basedow.

In der letzten Zeit wurde mehrfach über überraschende Erfolge von vorsichtiger Jodbehandlung bei Basedow berichtet. Doch gibt es zweifellos Fälle, bei welchen auch kleinste Dosen schweren Schaden verursachen können. Nach P. Liebesny kann man nun durch gleichzeitige Thymusgaben solche thyreotoxische Wirkungen verhindern, bzw. kupieren. Diese Kombination bewirkt eine regelmäßige Herabsetzung des pathologisch erhöhten Gesamtstoffwechsels. Gewicht und Puls sind keine unfehlbaren Indikatoren für die Unschädlichkeit der Jodzufuhr; sie können unverändert bleiben, während der Grundumsatz bedeutend ansteigt. Nicht immer sind die kleinsten Jodmengen die optimalen Dosen bei Hyperthyreoidismus. Oft sind größere Dosen wirksamer. Schädlich sind zu große Zeitintervalle (schon über 48 Stunden) zwischen den einzelnen Joddosen, ebenso das plötzliche Aussetzen der Jodmedikation. Diese Beobachtungen erschweren natürlich die Jodbehandlung für den Praktiker ganz bedeutend. Wir möchten daher einen Jodversuch bei Basedow nur in Kombination mit Thymus anraten. Thymus allein ist unwirksam.

G. Jellinek demonstrierte aus der Abteilung Weinberger eine 25jährige Patientin mit schwerstem Basedow, die derart kombiniert behandelt wurde. Aufnahmebefund: rapide Gewichtsabnahme um 20 kg, Puls 132 bis 140, keine Menses, Schwäche und Zittern, Grundumsatz um 54% erhöht. Patientin erhielt zunächst durch vier Wochen dreimal täglich drei Tropfen einer 5%igen Jodkalilösung. Sie nahm etwas zu, doch blieben die Symptome und der Grundumsatz ziemlich unverändert. Hierauf erhielt sie durch vier Wochen 2% Jodkali, dreimal täglich zwei Tropfen, mit dem gleichen negativen Ergebnis. Nun wurde nach Liebesny täglich zu letzteren Joddosen sechs Tabletten Gland. Thymi (Sanabowerke, Wien) hinzugefügt. Von diesem Tage an auffallende Besserung, die nach vier Wochen zu folgendem Befunde führte: 9.5 kg Gewichtszunahme, Wiederauftreten der Menstruation, Halsumfang um 2.5 cm zurückgegangen, Puls 84 bis 96, Protrusio bulborum geringer, Grundumsatz normal, subjektives Wohlbefinden.

N. Jagić warnt vor der reinen Jodbehandlung des Basedow. Er sah auf seiner Abteilung in der überwiegenden Mehrzahl nur Verschlimmerungen. (Sitzung der Ges. d. Ärzte in Wien, 22. Juni 1923.)

R. Neumann (Krankenhaus, Moabit) empfiehlt die von Mendel eingeführten kombinierten Jod-Arseninjektionen, die letzterer schon in über 100 Fällen erfolgreich angewendet hat:

Rp:	Atoxyl		1.0
	Natr. jodat.		8.0
	Aqu. dest.	ad	40.0.

S. Alle zwei Tage, später ein- bis zweimal wöchentlich 2 cm^3 venös bis zur Besserung.

Selbstverständlich peinlichste Kontrolle des Allgemeinbefindens. (Die Ther. d. Gegenw., H. 6, 1923.)

Das manisch-depressive Irresein in der Praxis.

Von Dozent Rittershaus (Hamburg-Friedrichsberg).

Die exakte klinisch-ätiologische Diagnose sowie die Prognose bereitet selbst dem Facharzt oft unlösbare Schwierigkeiten. Der Praktiker muß lediglich die wichtigsten Symptome des häufigen Leidens und das symptomatische Vorgehen beherrschen, um nicht die Verantwortung für schwere Folgen zu tragen.

Schwere Depressionszustände gehören unbedingt sofort in eine geschlossene Irrenanstalt. Die Gefahr eines Selbstmordes oder eines Familienmordes — die melancholische Mutter nimmt ihre Kinder mit sich in den Tod u. dgl. — kann nicht ernst genug genommen werden. Dem Vorurteil der Angehörigen und der Schwäche des Hausarztes fallen in Deutschland alljährlich viele Tausende zum Opfer! „Aufheiterung" des Kranken durch lustige Lektüre, Theater usw. ist direkt kontraindiziert, „vernünftiger Zuspruch" gänzlich zwecklos, oft direkt schädlich, weil man die richtigen Maßnahmen verzögert. Das Wichtigste sind absolute Ruhe und ständige Aufsicht, die nur in einer geschlossenen Anstalt möglich ist. Das zeigt tausendfältige praktische Erfahrung; jeden unbewachten Augenblick kann der Kranke benutzen und das Unglück ist geschehen. Ist eine sofortige Überführung unmöglich, so gebe man Tinct. opii simpl. dreimal täglich 10 bis 15 Tropfen, eventuell subkutan mehrmals täglich Scopolamin. hydrobrom. 0.0005, in der Spritze gemischt mit Morph. mur. 0.005 (separate Ampullen) und sorge durch Einläufe für regelmäßigen Stuhl. Nicht unter erschwindelten Vorwänden den Kranken in die Anstalt locken, sondern, wenn alles zum Transport bereit ist, offen mit ihm reden und ihn vor die Wahl zu stellen, freiwillig zu folgen oder unter narkotischem Einfluß (notfalls das Doppelte bis Vierfache obiger Dosen, bei Herzschwäche kombiniert mit einem Digitalispräparat). Nach seiner Genesung wird der Kranke eine solche Offenheit viel eher verzeihen als eine Hinterlist. Sind auch die Angehörigen gegen die Anstalt, so lehne man die Verantwortung ab.

Bei jeder Psychose in mittlerem Alter muß man auch an progressive Paralyse denken (Pupillen, Reflexe, Sprachstörungen, Wassermann, Lumbalpunktion usw.).

Akute manische Zustände sind relativ viel seltener. Auch hier ist zuerst an die Möglichkeit einer beginnenden p. P. zu denken, bei jüngeren Patienten auch an eine Dementia praecox, bzw. D. paranoides. Mischzustände können zu akuter Paranoia führen. Bei weiblichen Kranken ist auch die Gefahr erhöhter sexueller Reizbarkeit mit ihren oft verhängnisvollen Folgen im Auge zu behalten. Im Zweifelsfalle Konsilium mit Facharzt.

Leichtere Stimmungsschwankungen zyklothymer Art bedürfen meist keiner Anstaltsbehandlung, doch sind auch hier akute Verschlimmerungen nicht ausgeschlossen. Oft wirken hier Aussprechenlassen, verständnisvolles Anhören des Kranken und die bestimmte Versicherung, daß es ein harmloses und häufiges Leiden sei, recht gut. Nicht selten sind hiebei „nervöse" Herzleiden und Magendarmstörungen, kombiniert mit vagotonischen Symptomen depressiver Grundlage und durch kleine Belladonnadosen, durch längere Zeit gegeben, günstig zu beeinflussen. Die Psychotherapie wird durch Arsenkuren, jedoch nur bei gleichzeitiger Überernährung, sowie durch möglichste Ruhe wirksam unterstützt. Die häufige endokrine Ursache führt nicht selten zu Kombinationen mit Basedow, Gicht, Diabetes u. dgl. Für manche Fälle kommt Psychoanalyse in Betracht.

Chronisch manische Fälle sind sehr häufig; oft handelt es sich um direkt wertvolle, wertschaffende Naturen, die vielfach nur wegen ihrer Kanten und Ecken überall anstoßen und keine Möglichkeit finden, ihre Gaben richtig zu verwerten. Der Hausarzt kann da oft vermittelnd und aufklärend einwirken. (M. Kl. Nr. 23, 1923.)

Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems

empfiehlt Hearn, der jedesmaligen intravenösen Salvarsaninjektion eine Lumbalpunktion folgen zu lassen. Der durch die Lumbalpunktion ge-

schaffene negative Druck saugt das intravenös zugeführte Salvarsan gleichsam in die Plexus chorioidei hinein. (Auch an der Wiener Nervenklinik des Prof. Wagner-Jauregg wird dieses Verfahren schon seit einiger Zeit mit ziemlich günstigem Erfolge geübt. — Ref.) (Brit. med. journ., 8. Juli 1922.)

Chirurgie.

In China gibt es keine Appendizitis.

Auf diese Erscheinung haben schon frühere Autoren, zuletzt Perthes, hingewiesen und sie mit der Art der Ernährung in Zusammenhang gebracht. Weischer (Generaloberarzt am katholischen Missionshospital in Tsingtau) berichtet nun ebenfalls, daß er unter 86.000 chinesischen Patienten nur zweimal Appendizitis vorfand; beim ersten dieser Fälle fand sich in der Appendix ein Trichocephalus dispar, der zweite Fall betraf eine 29jährige Chinesin, die als Schwester eines Ordens schon seit vielen Jahren ausschließlich europäische Nahrung genoß. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 22, 1923.)

Zur Operation der Mastdarmfistel.

Alle unter die Haut oder Schleimhaut führenden Fisteln, bei deren Spaltung der Schließmuskel nicht mit durchtrennt wird, können durch einfache Spaltung mit dem Messer oder dem Glüheisen und — falls sie kallöse Umgebung haben — mit Ausschneiden, Auskratzen oder Verschorfen derselben oder durch Ausschneiden mit nachfolgender Naht mit Sicherheit geheilt werden. Den Schließmuskel soll man jedoch nie spalten, ohne ihn zu nähen. Fisteln, bei deren Spaltung der Schließmuskel mitgespalten werden müßte, sind besser zu exstirpieren, was fast immer ohne Verletzung des Sphinkter möglich ist. Für den entstehenden, oft kindskopfgroßen Hohlraum empfiehlt Kirchmayr (Wien) die Ausfüllung mit einem aus den Glutäi stets leicht zu nehmenden langen Fettlappen, der um einen am Wundwinkel gelegenen breiten Stiel gedreht und in die Wundhöhle eingeschlagen wird; darüber wird die Hautwunde durch tiefgreifende Nähte geschlossen. Das Resultat ist schnelle Heilung und kosmetisch guter Endeffekt. Die Fettlappen sind, da sie gut ernährt werden, auch durch eine etwa eintretende Eiterung nicht gefährdet. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 25, 1923.)

Orthopädische Operationen — Übersichtsreferat.

S. Peltesohn (Berlin) lehnt blutige Eingriffe ab, die keine besseren Resultate liefern als entsprechende unblutige, oder kosmetische Operationen mit geringerem Gefahrenfaktor. So sind die Resultate der blutigen Korrektur des angeborenen Klumpfusses im Kindesalter entschieden ungünstiger als die des modellierenden Redressements. Entschieden abzulehnen sind die Versuche, hochgradige Skoliosen durch Rippenresektion zu verbessern.

Beim angeborenen Hochstand eines oder beider Schulterblätter (Sprengelsche Deformität) ist das Verfahren nach König am zweckmäßigsten, bei welchem die wichtigen Muskelverbindungen zwischen Rippen und Schulterblatt unberührt bleiben. Die Skapula wird parallel ihrem medialen Rande längs durchmeißelt, das laterale Fragment nach abwärts verschoben und durch Hindurchleiten eines Zügels aus dem Latissimus dorsi durch ein Bohrloch im untern Teil der Skapula am Wiederaufsteigen verhindert. (S. Grauhan. Arch. f. Orthop. Bd. 19, H. 3.)

Beim angeborenen Schiefhals kann forciertes Redressement nach Durchschneidung des Kopfnickers durch Zerrung der durch die jahrelange Schiefhaltung des Kopfes verkürzten Nervenstränge zur Plexuslähmung führen (Engel, Arch. f. Orthop. Bd. 20, H. 1.)

Angeborene Hüftluxation. Im repositionsfähigen Alter, das heißt bei einseitiger Luxation etwa bis zum zehnten, bei beidseitiger bis zum sechsten Lebensjahr, ist die unblutige Einrenkung nach Lorenz die Therapie der Wahl. In 50 älteren Fällen gelang Deutschländer (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. 43, H. 2) die Reposition des Schenkelkopfes in die richtige Beckenpfanne nach operativer Beseitigung des M. ileopsoas. Bringt man nämlich den Oberschenkel in die bekannte Lorenz'sche Einrenkungsstellung (rechtwinkelige Flexion und maximale Abduktion), so wird der zwischen der normalen und der Luxationspfanne liegende Teil des Kapselschlauches durch den darüberziehenden Ileopsoas komprimiert und die Reposition verhindert. Nach gelungener Reposition wandelt sich die Hüftpfanne auch beim Erwachsenen relativ bald in eine den Schenkelkopf aufnehmende tiefe Grube um, so daß die Retention gesichert ist.

In einem Fall von Reluxation infolge zu flach bleibender Pfanne bei einem achtjährigen Knaben gelang es Spitzy (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. 43, H. 2) folgendermaßen Retention zu erzielen. Er fixierte den Gelenkkopf in der Pfanne mit einem durch den Kopf in die Pfanne gebohrten Tibiaspan und pflanzte gleichzeitig einen zweiten Tibiaspan am oberen Pfannenrande ein. Der erste Span wurde wie erwartet resorbiert, inzwischen hatte aber der zweite Span durch Knochenapposition zur Bildung eines Pfannendaches geführt, das die Reluxation verhinderte.

Sehnentransplantationen haben nach Beck (Arch. f. Orthop. Bd. 20, H. 1) nur dann praktischen Erfolg, wenn der überpflanzte Muskel mindestens den halben Querschnitt und die gleiche Faserlänge des gelähmten hat. Blaß (Arch. f. Orthop. Bd. 19, H. 3/4) konnte drei Fälle von Spitzfuß infolge von Peroneuslähmung mit Kontraktur der Wadenmuskulatur durch plastische Verlängerung der Achillessehne und Verpflanzung des M. tibialis posticus nach vorne, der also antagonistisch von einem Plantar- zu einem Dorsalflexor umgewandelt wurde, heilen.

Die Arthrodese des gelähmten Schultergelenks sichert Görres (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. 21, H. 2) dadurch, daß er an der unteren Akromionfläche eine breite Berührungs- und Verwachsungsfläche schafft. Die Operation eignet sich auch für Schlottergelenke nach Resektion des Oberarmkopfes (Kriegstraumen).

Die Gelenkbolzung (= Arthrodese durch Eintreiben eines nagelartigen Knochenstückes durch die zu versteifenden Gelenkteile mittels Elfenbeinstiftes, hat sich nach Brandes (Arch. f. Orthop., Bd. 19, H. 3) beim Fußgelenk nicht bewährt. Von zehn nach vier bis zehn Jahren nachuntersuchten Fällen war das praktische Resultat bei sechs gleich Null. In drei Fällen war der Bolzen nach oben gegen die Tibiamarkhöhle zu gewandert, in zwei Fällen war er in der Höhe des oberen Sprunggelenkes abgebrochen, in einem Fall mußte er wegen Schmerzen wieder entfernt werden. Hingegen ist nach Westermann (Zschr. f. orthop. Chir. Bd 43, S. 157, Ref.) die Elfenbeinbolzung bei nicht heilenden Schenkelhalsbrüchen erfolgreich.

Auch bei schwerer Arthritis deformans können nach Wollenberg (Zschr. f. orthop. Chir., Bd. 42, H. 5) orthopädische Eingriffe (Abmeißelung vorspringender Knochensporne und bewegungshemmender Osteophyten, Arthrodesen) in Betracht kommen. (M. Kl Nr. 24, 1923.)

Über die Röntgendiagnose der Tracheomalazie

berichteten Sgalitzer und Stöhr in der Ges. d. Ärzte in Wien (Juli 1923). Die Tracheomalazie ist eine gefürchtete Komplikation der Kropfkrankheit. Durch den dauernden Druck der Struma kann es zu einer Erweichung einiger Knorpelringe der Luftröhre kommen und durch deren plötzliches Zusammenknicken zum plötzlichen Erstickungstod. Die Tracheoskopie zeigt Schwinden der Zeichnung der Knorpelringe an der betreffenden Stelle. Doch kann dieses Zeichen auch durch Schwellung und Hyperämie der Luftröhrenschleimhaut vorgetäuscht werden. Viel schonender aber ist die Durchleuchtung vor dem Röntgenschirme, wobei die malazische Partie durch Wechsel des Respirationsdruckes im Trachealrohr deutlich erkennbar wird. Hiezu dienen der Valsalva'sche Versuch: Drucksteigerung bei forcierter Exspiration bei geschlossenem Mund und geschlossener Nase und der Müller'sche Versuch: Drucksenkung ebenso bei forcierter Inspiration. Die durch den Kropf verengte Luftröhre zeigt bei diesen Versuchen am Leuchtschirm leichte gleichmäßige Erweiterung bzw. Verengerung; liegt jedoch bereits Malazie vor, so sind die Lumensveränderungen im erweichten Bezirke ungleichmäßig, exzentrisch und viel ausgiebiger. Die Luftröhre zeigt an dieser Stelle eine starke Vorwölbung. bzw. eine derartige Verengung, daß ihr Lumen für den Moment des Versuches völlig schwinden kann.

An der Klinik Eiselsberg wird bei nachgewiesener Tracheomalazie gewöhnlich erst nach Einführung des Tracheoskops operiert und um die erweichte Luftröhrenpartie ein Mantel von Strumagewebe als Stütze zurückgelassen.

Die Schenkelhalsbrüche

sind wohl die am schwersten zu behandelnden Frakturen. Bei Nachuntersuchung eines großen Materiales fand Hübner (Chir. Klinik, Charité, Berlin) in 74% der Fälle Nichtheilung. Er führt dieses schlechte Ergebnis hauptsächlich auf zu frühe Belastung zurück. Eigentlich sollte ein Schenkelhalsbruch, wie schon Lorenz gefordert hat, nicht vor Jahresfrist der Belastung unterworfen werden. Am sichersten wäre dieses Ziel zu erreichen durch Anwendung eines Beckengipsverbandes für drei Monate und eines Schienenhülsenapparates für weitere neun Monate. Wenn die praktische Durchführbarkeit dieser Maßregeln an wirtschaftlichen und sozialen Umständen scheitert, ist wenigstens ein gut angelegter Gehgipsverband für sechs bis acht Monate zu fordern. Die Behandlung soll noch mehr als bisher konservativ sein. Gute Adaption in Narkose mit Überkorrektur in Extension und Abduktion und Fixierung durch Gips- oder Extensionsverband. Die Fälle, wo eine gute Adaption nicht gelingt und die Operation angezeigt ist, sind selten. (Klin. Wschr. Nr. 25, 1923.)

Ein einfaches Mittel gegen schmerzhaften Stuhl bei Analfissur

gibt E. Sylvest an. Die Schmerzen hören sofort fast vollständig auf, wenn der Kranke während des Stuhlganges einen Finger kräftig zwischen Anus und Steißbein drückt. (Ugeskr. f. Laeger 1922.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ein neues Symptom des Blutergusses in die freie Bauchhöhle.

Die in der Praxis so außerordentlich wichtige Diagnose der Ruptur einer Tubarschwangerschaft ist oft nicht leicht. Perkussion und Palpation ergeben häufig kein eindeutiges Resultat. Blässe, kleiner Puls, subnormale Körperwärme, beschleunigte Atmung und Erbrechen können auch durch andere Komplikationen bedingt sein. Das Ausbleiben der Menses wird nicht immer konstatiert; es wurden rupturierte Tubarschwangerschaften unter vier Wochen beobachtet. Die Probepunktion vom hinteren Scheidengewölbe kann, muß aber nicht einen Aufschluß geben. Die Gynäkologen suchen daher immer noch nach neuen Anzeichen der Ruptur eines ektopischen Fruchtsackes, denn von der frühen Diagnose und Laparatomie hängt das Leben der Frau ab, und das Leiden ist nicht selten. In neuerer Zeit wurden zwei weitere Symptome beschrieben. Hofstätter u. a. sahen bei Blutung in die freie Bauchhöhle einen grünen Schimmer (durchscheinendes Blut) in der Nabelgegend, doch ist dieses Phänomen nur bei vorhandener Nabelhernie oder sonst sehr verdünnter Haut der Nabelgegend zu beobachten. Dewes und Herzfeld beobachteten bei Ruptur eines Fruchtsackes Schulterschmerzen („Ars Medici" 1922, S. 542), da das Blut in der Bauchhöhle das Zwerchfell hinaufdrängt und den sensiblen Phrenikus reizt. — Prof. Piskacek (III. Geb.-Klinik, Wien) fügt nun ein wichtiges Symptom hinzu: Er beobachtete in einem Falle von rupturierter Tubarschwangerschaft auffallende Oligurie. Die Kranke hatte vor sechs Stunden uriniert, trotzdem wurde mit dem Katheter nur ein Eßlöffel Harn entleert. Eine zweite Katheterisierung nach längerer Zeit kurz vor der Operation ergab wieder nur einen Fingerhut voll Harn. Schon Herzfeld hatte als Nebenbefund bei einem solchen Falle Anurie angegeben. Es scheint also Oligurie oder Anurie ein wichtiges Symptom der Blutung in die freie Bauchhöhle darzustellen. Die schwach durchblutete Niere kann keinen Harn absondern. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 23, 1923.)

Desinfektion des Operationsfeldes mit Providoform.

Die übliche Desinfektion des Operationsfeldes bei Laparotomien und vaginalen Operationen besteht in Benzin- (oder Äther-) Alkoholwaschung mit nachfolgender Jodpinselung. Sie hat sich im allgemeinen bewährt, nur einzelne Autoren warfen ihr Reizung der Serosa bei Darmvorlagerung vor, die zu Adhäsionsbildung führen solle; ob das richtig ist, ist noch unentschieden. Dennoch haften der Jodtinktur Mängel an: 1. Manche Kranke bekommen Ekzeme und Dermatitiden, 2. Bei Hyperthyreose ist selbst die äußerliche Anwendung von Jodtinktur nicht ungefährlich. 3. Manche Operateure bekommen durch die Joddämpfe Schnupfen, Konjunktivitis, Tracheitis. 4. Das Jod wird aus Schottland, Frankreich, Norwegen, Japan, Südamerika bezogen und stellt sich daher heute in Deutschland sehr teuer.

Ein sehr guter Ersatz der Jodtinktur für die Desinfektion des Operationsfeldes ist nach v. Miltner und Schlee (Univ.-Frauenklinik, München) das „Providoform" (= Tribrom-Beta-Naphthol; Providolgesellschaft, Berlin). Die 5%ige alkoholische Providoformlösung wird nach Benzinwaschung auf die Haut gepinselt, und nach Verdunsten des Alkohols bleibt ein dünner, durchsichtiger Harzüberzug zurück. Der einzige Nachteil des Präparates ist eben diese seine Farblosigkeit; man kann nicht erkennen, in welchem Umfange die Haut bepinselt wurde. Die Verfasser suchten daher nach einem zum Zusatz geeigneten Farbstoff und fanden ihn

im „Eosin extra wasserlöslich“ (Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.). Bei Zusatz dieses Farbstoffes färbt sich die bepinselte Haut leicht rot, die Desinfektionskraft des Providoforms wird nicht verringert, die Haut nicht gereizt, und vor allem läßt sich die rote Farbe aus Verbandstoffen und Wäsche mit Seifenwasser leicht auswaschen. Die Lösung wird folgendermassen hergestellt: 250 g pulverförmiges Providoform werden (gegebenenfalls unter schwachem Erwärmen) in 4500 cm³ 95%igem Alkohol gelöst, dazu die aus 5 g „Eosin extra wasserlöslich“ in 450 cm³ 95%igem Alkohol erhaltene Lösung gegossen und das Ganze nach Durchmischen filtriert. (D. m. W. Nr. 23, 1923.)

Künstlicher Abort und Sterilisierung bei Tbc.

Schuhmacher (Gießen) kommt am Schlusse einer längeren Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

Bei Kehlkopftbc. ist in jedem Falle die Schwangerschaft zu unterbrechen und gleichzeitig die Sterilisierung auszuführen. Nur wenn die Kranke erst gegen Ende der Gravidität sich in Behandlung begibt, ist wegen der Aussichtslosigkeit der Unterbrechung und der relativ günstigen Lebensaussichten des Kindes die Spontangeburt abzuwarten.

Bei manifester Lungentbc. im ersten Stadium nach Turban-Gerhard ist die Schwangerschaftsunterbrechung in den ersten Monaten indiziert und erneute Schwängerung möglichst zu verhüten. Tritt solche doch ein und zeigt der Lungenprozeß erneute Progredienz oder gar schon das zweite Turbansche Stadium, so ist mit frühzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung die Sterilisierung zu verbinden.

Eine tuberkulöse Schwangere im dritten Stadium nach Turban-Gerhard kann man auf ihren Wunsch von den Beschwernissen der Gravidität mit oder ohne Sterilisierung befreien. Doch ist damit höchstens Besserung der Lungensymptome zu erzielen, die Lebensdauer wird kaum wesentlich verlängert.

Als Verfahren zum Zwecke gleichzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung ist die abdominale supravaginale Amputation des Uterus unter Zurücklassung wenigstens eines Ovariums zu empfehlen.

Frauen mit latenter Tbc., die gravid werden, müssen während der ganzen Schwangerschaft etwa alle 14 Tage untersucht werden, um bei etwaigem Aufflackern des Lungenprozesses rechtzeitig eingreifen zu können. Mit einmaliger, selbst mehrtägiger Beobachtung kann man nie den Prozeß als latent und ungefährlich bezeichnen, da latente Prozesse jederzeit in der Schwangerschaft aufflackern und schnell zum Tode führen können.

Die Lebensaussichten der Kinder tuberkulöser Mütter (auch solcher mit latenter Tbc.) sind schlecht. Doch blieben Kinder von schwer Kehlkopftuberkulösen, die kurz nach der Geburt gestorben waren, gesund, zeigten negative Pirquetsche Reaktion und gute Entwicklung. Das beweist, daß die Infektion nicht intrauterin, sondern im Säuglingsalter erfolgt. Die Forderung nach Trennung tuberkulöser Mütter von ihrem Kinde ist daher hygienisch voll gerechtfertigt, wenn sie auch sich selten durchführen lassen wird. (Arch. f. Gyn. Bd. 116, H. 2.)

Pädiatrie.

Rachitis — Eosin + Quarzlampe.

Wie wiederholt betont wurde („Ars Medici“ 1922, S. 310, 451 usw.) ist die Quarzlampenbestrahlung heute bei Rachitis die Methode der Wahl

Huldschinsky, der sie eingeführt hat, gibt an, daß die Behandlung bis zur Heilung so viele Monate erfordere, als das Kind Jahre zählt. György und Gottlieb (Kinderklinik, Heidelberg) konnten die Heilungsdauer auf die Hälfte und weniger abkürzen durch Sensibilisierung des Organismus für das ultraviolette Licht mittels Eosin. 0.1 g „Eosin. cryst. bläulich" (Höchst) wird mit 0.2 g Rohrzucker gemischt und verteilt den einzelnen Mahlzeiten der Nahrung des Kindes pro Tag zugesetzt. Die Milchgemische werden dadurch intensiv rot, der Geschmack wird aber gar nicht beeinträchtigt; die Kinder nehmen die Nahrung ohne weiteres. Stuhl und Urin werden rot, doch lassen sich die roten Flecke aus der Wäsche mit Seifenwasser leicht entfernen. Am Tage nach der Eosindarreichung folgt dann jeweils die Bestrahlung. Nicht nur die Behandlungsdauer wurde — wie erwähnt — stark abgekürzt, auch die Dauer der einzelnen Bestrahlungen konnte auf die Hälfte verringert werden. Nur bei spasmophilen Kindern ist Vorsicht geboten; hier schien das Eosin Krampfanfälle auszulösen. Man wird daher solche Kinder erst vorbehandeln und auch während der Eosin-Bestrahlungsbehandlung größere Kalk- oder Salmiakdosen weiter geben. (Klin. Wschr Nr. 28, 1923.)

Scharlach — Yatren-Kasein.

Stuckowski und Steinbrink (Breslau) wandten bei 13 schweren Scharlachfällen Yatren-Kasein-Injektionen an; leichte Scharlachfälle wurden konservativ ohne Injektionen behandelt. Besonders günstig wirkte das Yatren-Kasein bei den gefährlichen postskarlatinösen Lymphadenitiden, auf die in der letzten Zeit öfters hingewiesen worden ist. In solchen Fällen kommt es im Verlaufe des Scharlachs (oft plötzlich nach ein bis zwei fieberfreien Wochen) zu starken, schmerzhaften, derben Drüsenschwellungen von Bohnen- bis Kleinapfelgröße meist am Kieferwinkel, aber auch über dem oberen Ende des Kopfnickers oder seitlich am Halse, unter Fieberanstieg. Diese postskarlatinöse Lymphadenitis wird als eine Streptokokkeninfektion des Organismus aufgefaßt und deutet nebenbei auf eintretende Nephritis hin. Heubner hat dieses Krankheitsbild als die „pestähnliche Form des Scharlach" bezeichnet. In diesen Fällen wirkte das Yatren-Kasein ausgezeichnet; die Lymphdrüsenschwellungen und das Fieber verschwanden schnell. Beim unkomplizierten Scharlach ist eine Kombination des Yatren-Kaseins mit einer polyvalenten Streptokokkenvakzine zu versuchen. Außer einzelnen unschuldigen Arznei-Exanthemen verursachte das Yatren-Kasein keine üblen Nebenwirkungen. Es wurde zunächst ½ cm³ „Yatren-Kasein, schwach" muskulär injiziert, beim Ausbleiben der Reaktion am nächsten oder übernächsten Tage bis 1 cm³ „Yatren-Kasein, stark". Das genügte stets. Die Reaktion zeigt sich in Temperatursteigerung um 1 bis 2½° C. Am folgenden Tage fällt die Temperatur lytisch ab. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 97, H. 1/3, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Über die Erfahrungen mit Bismogenol (Tosse)

an der Prof. Josephschen Poliklinik (Berlin) berichtet W. Richter. 65 Kranke wurden nur mit Bismogenol ohne Salvarsan behandelt und bis

zu Ende beobachtet. Es wurde jeden dritten bis vierten Tag eine muskuläre Injektion verabfolgt, die ersten beiden Injektionen zu 1 cm^3, die folgenden zu 2 cm^3; für eine ganze Kur 30 cm^3 Bismogenol, also etwa 15 Injektionen. Die Wirkung ist energischer als die des Quecksilbers, schwächer als die des Neosalvarsans. Bei Primäraffekten schwinden Spirochäten und Drüsenschwellungen schneller als unter Hg-Behandlung. Breite Kondylome heilten schon nach einer Injektion, Papeln erst nach der fünften. Alopecia specifica kam durch reine Bismogenolbehandlung zur Rückbildung. Ein Syphilom der Oberlippe begann nach der dritten Injektion zurückzugehen und schwand nach der zwölften Injektion, was überraschend ist, da diese Erscheinung selbst der kombinierten Hg-Salvarsan-Behandlung gegenüber sehr refraktär zu sein pflegt. Schwere ulzeröse Formen heilten nach der 14. Injektion. Ein Kranker mit Aortitis luica und quälenden Schmerzen wurde schon nach der ersten Injektion auffallend gebessert und wieder berufsfähig. Bei Lues cerebrospinalis besserten sich die nächtlichen Kopfschmerzen schnell. Die Beeinflussung der Wassermann-Reaktion scheint schwächer zu sein, doch ist ein endgültiges Urteil hierüber noch nicht möglich.

Von Nebenerscheinungen kommt Nierenreizung in etwa 8% der Fälle vor. Wenn man dann die Bismogenolbehandlung unter Urinkontrolle in kleineren Dosen und größeren Intervallen fortsetzt, steigert sich die Nierenschädigung nicht, und schon einige Tage nach Beendigung der Kur schwinden Eiweiß und Nierenepithelien aus dem Harn. Der Wismuth-Saum wurde nur in drei Fällen beobachtet und machte keine Beschwerden. Stomatitis kam nur bei einem Kranken mit besonders schlechten Zähnen vor und heilte schnell auf Ätzung mit 5% Chromsäure.

Das Bismogenol ist also ein wertvolles Hilfsmittel bei der Luesbehandlung. Seine Einspritzung ist schmerzlos. Es ist von Vorteil, ein solches Mittel zu besitzen, das angewendet werden kann, wenn Hg und Salvarsan aus irgend einem Grunde nicht angezeigt sind. (D. m. W. Nr. 28, 1923.)

Gesichtsseborrhoe — Behandlung.

Lortat-Jacob und Legrain empfehlen folgende Lokalbehandlung:

1. Früh und abends Waschungen des Gesichtes mit Ichthyol- (oder Schwefel-, Teer-, Borax-)Seife. Hernach früh betupfen des Gesichtes mit einem in folgender Lösung getränktem Wattetampon:

Rp:	Acidi salicylici		1.00
	Spiritus Vini (80%)		60.00
	Spiritus aetherei		20.00.

Nach der Abendwaschung Anwendung nachstehender Mittel:

Rp:	Sulfuris praecipitati		10.00
	Glycerini puri		5.00
	Spiritus camphorati		20.00
	aquae rosarum		
	aquae fontis	aa	32.50.

Statt dessen kann man auch Schwefelpuder anwenden:

Rp:	Sulfuris praecipitati		10.00
	acidi salicylici		1.00
	Natrii boracici		5.00
	Amyli		20.00
	Talci veneti		70.00.

Eventuell kommt noch der Schwefelkohlenstoff in Frage, jedoch ist er höchst feuergefährlich und darf nur in einem Raum, wo kein Feuer brennt, mit größter Vorsicht verwendet werden. Auch auf Distanz ist er bei Feuer unter Umständen explosibel. Desgleichen ist auch der widrige Geruch des Mittels öfters eine Kontraindikation.

Rp: Sulfuris praecipitati 3.00
Carbonei sulfurati 150.00.
D. S. Zweimal wöchentlich mit einem kleinen Tampon das Gesicht einzureiben.

(Le Progrès médical Nr. 25, 1923.)

Lupus erythematodes — Therapie.

Eisdorfer (Nagytopolcsany) empfiehlt: Man bereitet sich eine Salbe aus 20%iger Jodtinktur und 20%iger Präzipitatsalbe (in einer Schale gut verreiben) und trägt sie gleich nach der Bereitung mittels Wattestäbchen auf die kranken Stellen auf. Es folgt ein mäßiges Brennen, manchmal erst nach einigen Stunden. Die Behandlung wird alle acht bis zehn Tage wiederholt. Verfasser hat so Fälle geheilt, die ihren Lupus erythematodes schon 15 bis 20 Jahre hatten. Ein Fall steht schon seit sechs Jahren ohne Rezidive in seiner Beobachtung. (Gyogyaszat, Nr. 42. 1922.)

Weibliche Gonorrhoe — Hegononstäbchen.

Zur lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe haben sich Professor Bruck nach langem Probieren am besten die 10%igen Hegononstäbchen und Hegonontabletten (Chem. Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering, Berlin) bewährt. Es sind dies längere (für die Urethra) und kürzere (für die Zervix) starre Stäbchen von ovalem Durchschnitt, die, in Wasser getaucht, sich mit großer Leichtigkeit, ohne abzubrechen, einführen lassen, gleich nach dem Einführen an den Schleimhautwänden gut haften (so daß ein nachträgliches Wiederherausrutschen vermieden wird) und nun unter leichter Aufquellung zu einer pastenartigen Masse zerfallen und den ganzen Schleimhautkanal mit einer hochprozentigen, fettfreien Hegononwasserpaste überziehen.

Die gonorrhoische Infektion haftet beim Weibe am leichtesten in Zervix und Urethra, und es empfiehlt sich, jeden Fall (gleichgültig, ob man nur in der Zervix, nur in der Urethra oder in beiden Organen Gonokokken festgestellt hat) nach folgendem Schema zu behandeln:

I. Behandlung durch den Arzt zweimal wöchentlich: Vorher urinieren lassen. A. Zervix: Einstellung im Spekulum, Reinigung der Scheide von Sekret durch trockene Tupfer. Auswischung der Zervix mit einem in 10%ige Argentum-nitricum-Lösung getauchten Wattestäbchen. Einführung eines kurzen, in Wasser getauchten Hegononstäbchens in die Zervix. Vorlage eines mit 50% Ichthyolglyzerin getränkten Tampons mit Schnur. — B. Urethra: Ausspritzung der Urethra mit 1%iger Argentum-nitricum-Lösung. Einführung eines langen, in Wasser getauchten Hegononstäbchens in die Urethra. Auspinselung aller Schleimhautfalten der Vulva (Praeputium clitoridis)mit 50% Ichthyolglyzerin. Wattevorlage.

II. Hausbehandlung durch die Kranke selbst zweimal täglich: Morgens: Urinieren. Einführung eines in Wasser getauchten

Urethralstäbchens in die Harnröhre und einer in Wasser getauchten Hegonontablette möglichst hoch in die Scheide. Eine halbe Stunde im Bett liegen bleiben. Möglichst lange nicht urinieren. Abends nach dem Zubettgehen dasselbe. Während der ganzen Dauer der Behandlung wird eine Gesundheitsbinde getragen. Spülungen werden überhaupt nicht oder höchstens einmal wöchentlich vorgenommen. Am Tage der ärztlichen Behandlung wird die abendliche Hausbehandlung fortgelassen. Der vom Arzt eingeführte Tampon bleibt bis zum nächsten Morgen und wird erst vor der Morgenbehandlung an der Schnur entfernt. Die Selbsteinführung des Stäbchens in die Urethra muß natürlich der Kranken genau erklärt werden. Wenn man sie dann veranlaßt, die ersten Male die Einführung im Handspiegel zu kontrollieren, so gelingt auch der Ungeschicktesten der Handgriff bald leicht. Die Behandlung wird kontinuierlich fünf Wochen lang fortgesetzt und dann abgebrochen. Wo jetzt noch Gonokokken vorhanden sind, sind andere Verfahren (Arthigon) hinzuzuziehen. — Nicht übersehen werden darf die nicht seltene Rektalgonorrhoe; ist sie vorhanden, so wird früh und abends ein Urethralstäbchen in den Mastdarm eingeführt.

Die Hegononstäbchen eignen sich auch vorzüglich als Prophylaktikum: Die Firma Kurt Gaedtke (Hamburg, Speersort 6) bringt unter dem Namen „Memento" ein solches Schutzmittel in den Handel. Das „Memento" für Männer enthält kleine, in die Fossa navicularis einzuführende Hegononstäbchen und gegen Lues eine fettfreie, farb- und geruchlose, auf der Haut reizlose Benzoesäure-Formalincreme. Das „Memento" für Frauen enthält dieselbe Creme, etwas längere Hegononstäbchen für die Urethra und Tabletten für die Scheide. (Derm. Wschr. Nr. 21/22, 1923.)

In ganz ähnlicher Weise, wie Prof. Bruck die Hegononstäbchen empfiehlt Brinitzer (Altona) zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe die Gonostyli Argenti nitrici 1% der Hamburger Firma P. Beiersdorf & Co. und für das hintere Scheidengewölbe die „Gonoballi" derselben Firma. (D. m. W. Nr. 28, 1923.)

Diagnose.

Der Dauerschmerz als charakteristisches Frühsymptom der akuten Pankreatitis.

E. Glaß bespricht die Klinik der Pancreatitis acuta. Die unmittelbare Nachbarschaft der Hauptschmerzzentren (Plexus coeliacus, Ganglion coeliacum, Plexus hypogastricus) bedingt die besondere Heftigkeit des pankreatischen Schmerzes und den Dauerschmerz. Diagnostisch wichtig ist gleichzeitig die druckempfindliche, querverlaufende Resistenz im Epigastrium. Stets ist die Frühoperation notwendig. (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 177 H. 1 bis 2.)

Bei unklaren chronischen Fieberzuständen

soll man nach Prof. W. Rindfleisch (Dortmund) an folgende Krankheiten denken:

Chronische Miliartbc. Dyspnoe und Zyanose können zunächst fehlen. Der häufig schon frühzeitig recht große Milztumor deutet den Ernst der Situation an. Die geringe diffuse Bronchitis lenkt den Verdacht immer wieder auf die Lunge. Das Röntgenbild gibt den typischen

Befund. Nach drei bis vier Monaten entsteht das bekannte Bild der akuten Miliartbc. Die Diazoreaktion tritt erst spät auf.

Bauchtyphus. Darmstörungen fehlen häufig. Patient kann monatelang atypisch fiebern. Diagnostisch wertvoll, jedoch nur in den ersten Wochen ist die bekannte Trias: relative Bradykardie, Diazoreaktion und Leukopenie.

Sepsis. Es gibt Fälle, die sich mit mäßigem Fieber durch ein bis zwei Jahre hinziehen. Auffallen müssen die Anämie, Kachexie und von vornherein hohe Pulsfrequenz. Dies gilt besonders für die von der Endocarditis lenta ausgehende Viridans-Sepsis. Meist bestehen Aorteninsuffizienz und leichte Hämaturie mit mäßiger Zylindrurie. Hämorrhagische Nephritis und Nierentbc. sind häufige Fehldiagnosen. Die Blutkultur zeigt meist reichlich die charakteristischen Kolonien des Streptokokkus viridans. Bei Leukozytose ist an einen latenten Abszeß zu denken (paranephritischer Abszeß, Leberabszeß). Furunkel häufig in der Anamnese.

Auch sekundäre und tertiäre Lues kann langdauerndes Fieber machen (Wassermann, Liquorkontrolle!).

Es können ferner Malaria, Febris intermittens hepatica, Maul- und Klauenseuche (Exantheme, Gelenkschwellungen, Nägeldeformationen), perniziöse Anämie, Leukämie (Zahnfleischveränderungen fehlen fast nie!), Hodkinsche Krankheit, Magen-Darmblutungen, beginnender Basedow und maligne Neubildungen (Krebsfieber besonders beim Leberkrebs!) in Betracht kommen. (M. Kl. Nr. 25, 1923.)

Aus der Praxis.

Eine Mandelmilchmolkenmischung als Einstellungsdiät bei der Säuglingsdyspepsie.

Von Hofrat Prof. Dr. L. **Moll**, Wien.

Gute Erfolge mit kaseinarmer Kost, wie sie bei älteren Säuglingen mittels Puddingdiät (Moll und Stransky, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 100, Heft 1) erzielt wurden, führten immer mehr und mehr zur Erkenntnis, daß bei den meisten durch Kuhmilch hervorgerufene Dyspepsien eine durch Kasein erzeugte Schädigung vorliegt. Die durch Gerinnen der Milch mit Calcium lacticum erzeugte Molke erwies sich, teils mit Tee, teils mit Puddingmasse gemischt, vollkommen unschädlich. Um nun eine Nahrung auch für das jüngere Kind zu schaffen, welche einerseits kalorisch hochwertig, anderseits frei von Kasein ist und die Molkenbestandteile enthält, griff ich auf die schon in früheren Zeiten bekannte Emulsio amygdalarum dulcium zurück. Nur wurde diese nicht als solche verwendet, sondern mit Calc.-Molke zu gleichen Teilen vermengt. Die Darstellung dieser Mandelmolkenmilch gestaltet sich folgendermaßen:

„150 g süße Mandeln werden bei Zimmertemperatur in warmem (nicht heißem) Wasser durch 12 bis 24 Stunden stehen gelassen, hierauf geschält und in einer Mühle (Bröselmühle) verrieben. Die so zerkleinerten Mandeln gibt man in einen Mörser und verrührt unter allmählichem Zusatz von einem Liter Wasser den Mandelbrei ungefähr 1/2 Stunde lang. Das Verreiben wird erleichtert, wenn man in den Mörser etwas gewaschenen Kristallsand (Seesand) gibt. Die milchige Mandelmilch wird durch ein Seihtuch filtriert und mit der gleichen Menge Calc.-Molke vermengt. Die Calc.-Molke wird in der Weise gewonnen, daß man zu einem Liter Vollmilch 4 bis 5 g Calc. lact. gibt und aufkocht. Die Molke wird durch ein Seihtuch filtriert.

Zu einem Liter Mandelmilch gibt man einen Liter Calc.-Molke und 3 dkg Reis oder Maismehl und 10 dkg Zucker. Nun wird das Ganze gut aufgekocht, wobei die Mandelmilch feinflockig gerinnt"

In der so zubereiteten milchig aussehenden Nahrung ist das Eiweiß feinflockig geronnen und hat bezüglich Eiweiß, Fett und Zucker fast die gleiche Zusammensetzung wie die Frauenmilch, nur ist der Salzgehalt, bzw. Kalziumgehalt höher. (Trockensubstanz 11.35%, Fett 2.95%, Gesamtproteine 1.85%, Zucker 6.6%, Asche 0.45%.)

Das Mandelmilcheiweiß ist ein vollkommener Eiweißkörper. Das Fett ist reines Triolein. Blausäure, die eventuell aus beigemischten einzelnen Mandeln stammen könnte, ist in der gekochten Mandelmilch auch mit feinsten Proben nicht nachweisbar. Diese Mandelmilch bewährte sich bei schweren Dyspepsieformen sehr befriedigend. Den Diarrhoen machen feste Stühle Platz, das Fallen der Gewichtskurve wird zum Stillstand gebracht und die Reparation wird weit sicherer, als mit einer anderen Heilnahrung, Frauenmilch ausgenommen, eingeleitet. Die Stühle haben gelbbreiige Beschaffenheit, reagieren sauer und haben einen ähnlichen Geruch wie Frauenmilchstühle. Nach der erfolgten Einstellung kann man entweder allmählich zur ursprünglichen Diät zurückgreifen oder die Reparation mit Eiweißmilch einleiten.

Der hohe Brennwert der Mandelmolkenmilch[1], der jenem der Frauenmilch gleicht, schützt vor Hunger und dessen Folgen, der Salzreichtum vor Wasserverlust. Sie bewährte sich bei jungen Säuglingen so, daß sie zur Streckung der Frauenmilch auch bei debilen Frühgeburten Anwendung fand. Bei älteren, schwer dyspeptischen Kindern bewährte sich die Kaseinfreiheit teils in Form von Mandelmilch, teils als Mandelmilchpuddingdiät.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:*

268. 22jähriges Mädchen bekommt ohne erkennbare Ursache in der Höhe und in der Ausbreitung beider Schulterblätter großfleckige, bräunlich-bläuliche, marmorierte Pigmentierungen, die Ähnlichkeit mit jenen haben, die nach längerer Anwendung heißer Umschläge entstehen. Kein Juckreiz, keine Schmerzen. Diagnose? Therapie? Dr. R. in S.

269. 25jähriges Mädchen (nicht gravid) leidet an chloasmaähnlichen Pigmentierungen der Stirn und besonders der Oberlippe, die besonders im Sommer hervortreten sollen. Diagnose? Therapie? Dr. R. in S.

270. Kaufmann, 44 Jahre alt, leidet seit zwei Jahren an Furunculosis (jährlich acht bis zehn Furunkel). Saccharum negativ. Im Sediment reichliche Harnsäurekristalle. Patient leidet an chronischem Rheumatismus. Hefe, Jodinjektionen, Karlsbad ohne Erfolg. Dr. J. W. in R.

*** Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Platzmangel können nur jene Anfragen gedruckt werden, die ein besonderes, allgemeines Interesse beanspruchen. Den übrigen ist Rückporto zwecks schriftlicher Beantwortung beizulegen. Die Redaktion.**

[1] Trinkfertige Mandelmolkenmilch kann nach vorheriger Bestellung aus der Milchküche der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge bezogen werden.

271. 36jährige Pat. leidet seit einigen Jahren an Varizen, jetzt Ulcus varicosum. Therapie: elastische Binden, Umschläge einer 10% Natr.-chlorat.-Lösung, Argentum nitricum. Perubalsam, Dermatol; alles ohne Erfolg. Dr. J. W. in R.

272. Bei einer 30jährigen Patientin schält sich die Haut an der Spitze des rechten Zeigefingers, etwa wie nach einem geheilten Panaritium. An der frischen Haut bläuliche Streifen. Dauer drei Wochen. Schmerzen! Chirurgisch sonst nichts. Temperatur 37.4. Diagnose? Dr. R. in Z.

273. Unlängst sah ich einen Mann mit Mundsperre. Mäßige Entzündung der Zahnfleischränder der unteren Schneidezähne und eitriger Belag an der Schleimhaut zwischen den Enden der unteren und oberen Zahnreihe. Dauer einige Monate trotz Behandlung durch den Kassenarzt. Ätiologie? Dr. R. in S.

274. Erschöpfendes Werk über Leitungsanästhesie bei Zahnextraktionen? Dr. R. in Z.

275. Was bedeutet „eingeengtes Alttuberkulin"? Dr. R. in Z.

276. Eine 52jährige Frau, seit langem an Cholelithiasis leidend, hatte angeblich nach Genuß eines Pulvers, aufgelöst in ¼ l Öl schon am nächsten Tage über 100 Steine verschiedener Größe im Stuhl gefunden. Das Pulver versendet Frau M. Rotter, München, Franz Josefstraße 18, samt einer Broschüre. Einen ähnlichen Erfolg hatte sie ein Jahr später mit Bede- (Öl-) Kur und Bede-Tee, welche von B. Deichmann & Co. in Köln a. Rh. versendet werden. Woraus bestehen diese Kuren und kann man sie schadlos verordnen? (Es dürfte sich bei den entleerten „Steinen" um gewöhnliche Ölseifenklümpchen handeln; in dieser Täuschung werden die Kranken durch die Prospekte der Geheimmittelfabrikanten bestärkt; vgl. diese Nummer Seite 408. Die Red.) Dr. A. S. in Z.

277. In „Ars Medici" 1923, S. 311 findet sich ein Aufsatz über heimische Teepflanzen. Ich vermisse dort die Angabe von Drogen, die bei Gicht verwendet werden; nach solchen fahnde ich schon lange. Vielleicht kann einer der Leser meine Neugierde befriedigen. Dr. R. in B.

278. 66jähriger Herr ist seit längerer Zeit wegen „rheumatischer" Schmerzen im linken Fuß und Unterschenkel in Behandlung. Extremität kühl, keine Fußpulse, Behandlung erfolglos. Lues, Diabetes ausgeschlossen. Die Schmerzen werden immer stärker; es bildet sich ein erbsengroßes Geschwür am Fuße, das immer größer wird, in die Tiefe greift, sich zeitweise heftig entzündet. Da alle Mittel versagen, endlich Amputation oberhalb des Knies am 1. Mai 1923. Wunde ideal verheilt, Stumpf warm, in jeder Hinsicht normal. Rechte untere Extremität ohne Besonderheiten, auch sonst keinerlei pathologischer Befund. Allgemeine Arteriosklerose dem Alter entsprechend. Die Schmerzen haben seit der Amputation nicht im mindesten nachgelassen, werden jetzt sogar noch heftiger und auffallenderweise nur in dem gar nicht mehr vorhandenen Fuß empfunden. Patient, der es ohne Narkotika und Schlafmittel nicht aushält, kommt natürlich sehr herunter. Gute Prothese ist da, kann aber wegen der kontinuierlichen unerträglichen Schmerzen nicht getragen werden. Patient kann nur mit zwei Krücken gehen, wobei er von rückwärts gestützt werden muß. — Ein spontanes Nachlassen der Schmerzen ist wohl jetzt (drei Monate nach der Amputation) nicht mehr zu erhoffen. Was ist zu tun? Vielleicht hypnotische Behandlung? Dr. K. F. in M.

279. 28jähriger Ingenieur, kräftig, im Felde Flugzeugführer gewesen, erkrankt 1920 an Asthma. Der erste Anfall begann (wie alle späteren bis heute) mit heftigem Niesen (20- bis 30mal), das dann etwas nachläßt, um gegen Ende des Anfalles wieder häufiger zu werden. Anfälle in Zwischenräumen von 8 bis 14 Tagen, Dauer drei bis sechs Tage. Es wurden fast ohne jeden Erfolg versucht: Atropin, Morphin, Suprarenin, Kalk, Tinct. Quebracho, Jodkali, Jodtropon, Asthmolysin, Novoprotin, Jodipin. Zur Inhalation: Glycerinan, Amylnitrit, Latschenkiefer. Terpentin. Hydrotherapeutische Maßnahmen; Bettdampfbäder, Bestrahlungen mit Aureollampe, Röntgen, Glühlichtbäder; psychotherapeutische Behandlung; Kohlensäurebäder; Kur in Salzbrunn. Was wäre noch zu versuchen, vor allem zur Kupierung der Anfälle? Dr. R. S. in B.

280. Ich bin 50 Jahre alt, kein Potator, kein Raucher, nie venerisch krank gewesen, ziemlich gut genährt. Seit mehreren Monaten plagt mich ein eigentümliches Gefühl im Munde: die ganze Mund-, Lippenschleimhaut und Zunge wie mit kaltem Fett bestrichen, wie belegt, verschlafen, besonders die Zungenspitze, das Gefühl, als wäre die Zunge dicker geworden. Auch die Gesichtshaut wie fremd, wie hypalgisch, wie nach Injektion von Kokain. Die Lippen stets wie fett, so daß ich sie fortwährend abwische. Bemerken will ich, daß mein Magen und Darm nicht ganz in Ordnung sind, öfters Sodbrennen, Aufstoßen, Diarrhoe; mein Gebiß mangelhaft, einige Goldzähne. Ich spüle oft den Mund, aber ohne Wirkung. Anfänglich war ein Metallgeschmack im Munde. Dr. J. B. in B

281. Gibt es neuere Behandlungsmethoden der Arthritis deformans (traumatica)? Dr. L. in H.

282. 13jähriges Mädchen erkrankte vor eineinhalb Jahren an Appetitlosigkeit: Anämie, scheues, gedrücktes Wesen des Kindes, sonst nichts Positives nachweisbar. Längere Beobachtung zeigte dann, daß das Kind unmäßig viel onaniert. Die Eltern waren zu indolent, um diesem Laster zu steuern. Heute nach eineinhalb Jahren sah ich das Kind wieder, zum Skelett abgemagert, das Gesicht eingebunden, um sich zu verhüllen (ich konnte das Kind nicht bewegen, das Tuch vom Gesichte zu entfernen), ganz niedergeschlagen, auf der äußersten Kante des Sessels sitzen; seit drei Wochen kein Stuhl, da außer Wasser und schwarzem Kaffee jegliche Nahrung verweigert wird; stundenlang quälender Harndrang. Schlundsondenernährung oder Nährklysmen werden als „unnötige Patzerei" von Kind und Eltern verweigert, und das Kind ist heute bereits moribund. Ich bemerke, daß objektiv keine pathologischen Organveränderungen nachweisbar sind, auch kein Milztumor. Hereditäre Belastung nicht konstatierbar. Intelligenz und Sensorium ungetrübt. Ist einem der Kollegen schon ein ähnlicher, so absonderlicher Fall untergekommen? Dr. H. K. in R.

283. Ich habe fast gleichzeitig zwei Kinder in Behandlung bekommen, die ausschließlich Brustnahrung bekommen und jede andere Nahrung verweigern. Das eine ist 15, das andere 11 Monate alt. Ich habe es versucht, mich mit Buttermehlvollmilch einzuschleichen. Da aber Unterernährung infolge zu langen Stillens hier nicht selten ist, bitte ich um Verhaltungsmaßregeln für solche Fälle.

Dr. T. N. in B.

284. Bitte um Angabe der Behandlung der Osteomalazie und Spätrachitis mit Proteinkörpern (Milch) + Adrenalin. Dr. R. H. in M.

285. Achtjähriges Kind erkrankte in der dritten Woche nach Scharlach an hämorrhagischer Scharlachnephritis mit leichten Ödemen

an den unteren Augenlidern. Nach drei Wochen gingen die Ödeme zurück, das Kind fühlte sich wohl und stand ein wenig auf. Sogleich trat an beiden Händen, an Gesicht und am Hals, soweit er von den Kleidern unbedeckt ist, ein juckender Ausschlag mit sehr kleinen, wässerigen Pusteln auf. Auf Bettruhe verschwand der Ausschlag binnen 24 Stunden. So oft seitdem das Kind das Bett für einige Zeit verläßt, tritt derselbe Ausschlag an denselben Körperteilen auf und verschwindet sofort wieder bei Bettruhe. Albumen positiv. Dr. D. in S.

286. Eine nervöse 68jährige Frau leidet an Verkalkung eines Trommelfelles und an anfallweise auftretenden Kopfschmerzen. Bitte um Angabe von Mitteln gegen letztere. Dr. R. in L.

287. Fräulein, 26 Jahre, leidet seit Jahren an zeitweise auftretender Dyspnoe, so daß sie den „Atem tief heraufholen müsse". Nachts und bei Treppensteigen keine Beschwerden. Durch Arsen-Eisenkur Allgemeinzustand gebessert; Dyspnoe blieb unbeeinflußt, auch durch Atropin. Was wäre wohl noch zu versuchen? Dr. A. N. in B.

288. Junge Frau bekommt jedes Jahr in den ersten Frühlingsmonaten an der Oberlippe eine schmutzig-braune Pigmentierung, die den Sommer hindurch anhält und erst im Herbst schwindet. Das Leiden ist der Patientin sehr unangenehm, da es aussieht, als habe sie sich nicht gewaschen. Was ist dagegen zu tun? Dr. F. K. in C.

289. Eine 34 Jahre alte Patientin, bei der gleichzeitig starke Bartbildung auftritt, leidet an einem Hautkrebs nahe am Rande des oberen Augenlides. Entfernung mit dem Messer wird verweigert. Dürfte man, ohne Beschädigung des Auges befürchten zu müssen, Röntgenbestrahlung anwenden? Oder darf man Wiener Ätzpaste gebrauchen?

Dr. R. in S.

290. Mehrere meiner Patienten klagen über heftige Kreuzschmerzen bloß nach dem Erwachen morgens zwischen vier und sechs Uhr. Dauer der Schmerzen nur 10 bis 30 Minuten. Patienten sonst beschwerdefrei, objektiver Befund normal. Was ist das? Therapie?

Dr. E. in B.

291. Jung verheiratete Frau (Virgo bis zur Ehe) klagt, obzwar stark erotisch veranlagt und ihrem Gatten sehr zugetan, über wenig Genuß bei der Kohabitation; es komme selten und anscheinend nur nach abnorm langem Koitus zum Orgasmus. Der Gatte, von vollkommen normaler Potenz, gibt an, früher seinen Partnerinnen nie Anlaß zu solchen Klagen gegeben zu haben. Doch habe er selbst bei seiner Frau das Gefühl, als sei der Introitus zu schlaff; derselbe könne auch über Aufforderung nicht willkürlich verengert werden, was ihm selbst den Geschlechtsgenuß vermindere. Selbst die Defloration habe seiner Frau fast gar keine Schmerzen bereitet. Liegt eine Schwäche des Musculus constrictor cunni vor? Kann Kolporhaphie helfen? Oder verengert diese nur den Introitus, ohne die Muskelkraft zu erhöhen? Kann eine Kolporhaphie bei einer späteren Entbindung hinderlich sein? Dr. K. in B.

292. Zur Zuckerbestimmung im Harn wurden in letzter Zeit die Apparate von Lassar-Cohn, der Chromosaccharometer von Bendie und Schittenhelm sowie der Gärungssacharometer von Basler sehr empfohlen. Es wird bei allen drei Instrumenten auf Quecksilber verzichtet, und die Resultate sollen klinisch genügend genau sein. Der „kleine Einhorn" ist leider gar nicht zuverlässig und die Hg-haltigen Apparate, wie „großer Lohnstein" und „Wagner" sehr teuer. Bitte um Mitteilung von diesbezüglichen Erfahrungen. Dr. P. F. in Z.

293. Habe bei Erysipel schon mehrfach sehr günstige Resultate gesehen mit täglichen Solutio-Chlumsky-Pinselungen der erkrankten Hautpartien. Nach Vorschrift soll diese Lösung bestehen aus Acid. carbolic. cryst. 30, Camphorae trit. 60 und Alcohol absol. 10. — Nun wird hie und da statt der krystallisierten Karbolsäure Acid. carbolicum liquefact. verschrieben, und es sollen bei dieser unrichtigen Zusammensetzung Karbolschädigungen vorkommen. Existieren hierüber Forschungen?
Dr. P. F. in Z.

294. Wie sind die sogenannten „Wachstumsschmerzen" bei Knaben von 12 bis 16 Jahren ohne Rachitis oder Störungen der Schild- und Keimdrüsen zu erklären. Sie finden sich meist bei hochaufgeschossenen, etwas blutarmen Kindern und werden als ziehende Schmerzen in den Oberschenkeln, Seitenstiche (Milzstiche) und Brustbeklemmung geschildert.
Dr. E. S. in B.

295. Manche Autoren behaupten, daß Mißstimmungen während der Zeugung einen ungünstigen Einfluß auf die Frucht ausüben. Ebenso sollen mangelhafte Erektion und fehlender Orgasmus ungünstig wirken. Soll man wirklich einem kräftigen jungen Ehepaar wegen mangelhafter Erektion oder fehlenden Orgasmus raten, auf Kinder zu verzichten?
Dr. K. in L.

296. In „Ars Medici" Nr. 1, 1923, sind mir „Ad 20" als Mittel gegen fette Haare Waschungen mit heißer Schwefelleberlösung angeraten worden. Was macht man nun, wenn der Patient den üblen Geruch nicht verträgt? Dr. P. in P.

297. Wie macht man eingedicktes Zedernöl und eingedicktes Ichthyolum purum wieder flüssig? Dr. P. in P.

298. Ich habe eine höchstgradige Idiosynkrasie gegen Jodoform. Welches Ersatzmittel ist z. B. zu Injektionen in tuberkulöse Höhlen oder dergleichen anzuwenden? Dr. P. in P.

299. Patientin hat vor eineinhalb Jahren entbunden und ihr Kind 14 Tage gestillt. Seit dem Abstillen sezerniert nun die linke Brust ununterbrochen dicke, rahmige Milch in solchen Mengen, daß die Frau Einlagen tragen muß. Alle bisher angewandten Mittel erfolglos. Rechte Brust ohne jegliche Absonderung. Dr. K. H. in B.

300. Prof. Steineg in Jena behandelt Katarakta mittels Injektionen. Wie ist die Methode und ihre Erfolge? Dr. K. M. in S.

301. Ich will als Arzt nach den spanischen, englischen oder holländischen Kolonien auswandern. Wer von den ausländischen Lesern kann mir Auskunft über Aufnahme in den Staatsdienst geben. Habe acht Jahre Militärdienst geleistet. Dr. J. K. in Polen.

302. Meine sonst gesunde Frau (32 Jahre) leidet seit einigen Jahren ohne erkenntliche Ursache an rechtsseitiger Mydriasis. Befund des Augenarztes: Visus r. —1.5; links normal, sonst ohne Befund. Keine Lues, kein Nervenleiden. Was ist die Ursache der Mydriasis? Ist eine Erkrankung zu befürchten? Dr. H. M. in M.

303. Können bei chronischem Blasenkatarrh tägliche Spülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum (1:4000) monatelang fortgesetzt werden, ohne toxische Folgen befürchten zu müssen? Die Quelle des Katarrhs ist Pyelitis. Dr. V. G. in G.

304. Bei einer Frau tritt etwa am achten Wochenbettstage (nach normaler Geburt) ein Ausschlag am ganzen Körper auf, in Form

von kaum hellergroßen, stark juckenden roten Flecken. Sogar die Kopfhaut bleibt nicht verschont. Unter Abblassen und Wiedererscheinen entwickeln sich mit der Zeit auf diesen Flecken kleinste Pusteln, so daß die ganze Körperhaut mehr weniger mit Eiterpünktchen übersät aussieht; dabei erhöhte Temperatur (37 bis 38), außerordentlich starkes Schwitzen, Appetitlosigkeit. Sonstiger Wochenbettverlauf normal. Brüste ohne Befund; die Frau stillt. — Gegenwärtig drittes Wochenbett, das erste und zweite Wochenbett sind ganz gleich verlaufen; es dauerte zwei bis acht Wochen, bis alle Erscheinungen abgeklungen waren. Therapie? Dr. H. S. in S.

305. Wo ist der „Persicc"-Apparat nach Th. Katz, zur Behandlung des Zervixkanals, erhältlich? Dr. P. P. in B.

Antworten:

Ad 86. Narkose in der Geburtshilfe des Landarztes. Ich halte eine vorsichtige Narkose durch eine einigermaßen intelligente Hebamme immer noch für das einfachste und bewährteste Mittel. Mit Rücksicht auf die immer wieder betonte Gefährlichkeit des Chloroforms wäre wohl die Äußerung eines Fachmannes sehr erwünscht.

Dr. R. **Weidner**, Türkheim.

Ad 126. Eumekon ist ein Morphinpräparat (2% Morphingehalt), lediglich bestimmt zur Anwendung bei spritzenden Morphinisten. Eumekon wird nicht gespritzt und kann nicht gespritzt werden; es wird getrunken und macht also aus dem spritzenden Morphinisten einen trinkenden Eumekonisten, der nicht mehr das Bedürfnis nach der Morphiumspritze hat. Das hat sehr bedeutende Vorteile zur Folge; die Infektionsgefahr entfällt, das getrunkene Eumekon wird zum Teil in der Leber entgiftet, daher Schlaf, Appetit usw. gut bleiben; schließlich kann man ein getrunkenes Mittel dann viel leichter abgewöhnen als ein gespritztes. Das Verlangen nach Steigerung der Dosis ist beim Eumekon bei weitem nicht so hervortretend wie beim Morphin. Ich wende Eumekon in diesem Sinne seit 20 Jahren mit bestem Erfolge an. Dr. F. H. **Müller-Roland**, Godesberg bei Bonn a. Rh.

Ad 131. Phlegmasia alba dolens. Wie Sie in Ihrer Frage richtig hervorheben, sind die Phlebitiden wohl luetischer Natur. Prof. M. Sternberg hat die Aufmerksamkeit darauf gelenkt („Ars Medici" 1921, Nr. 1). Ich habe eine Wöchnerin, die wegen „infektiöser" Phlegmasia alba dolens lange behandelt worden war, schnell geheilt mit intravenösen Injektionen von Novasurol (Quecksilber scheint hiebei besser zu wirken als Neosalvarsan). Die Frau darf erst ungefähr 40 Tage nach dem Beginn der Phlegmasia aufstehen; jedenfalls erst viele Tage nach Aufhören des Fiebers.

Dr. H. **Boshouwers**, Valparaiso, Chile.

Ad 142. Wehenschwäche. Ist Infektionsgefahr vorhanden und sind Becken und Kind normal, so kann man mit Rizinusöl (28 g) und Chinin (bis viermal 0.3) probieren, die Geburt in Gang zu bringen. Ist der Muttermund schon etwas eröffnet, dann könnte man Tarners Dilatator einlegen, über den neuerdings E. Petersen („Acta gynecologica Scandinavica", Vol. II. Fasc. I) sehr rühmend berichtet. Vor Pituitrin sei gewarnt.

Dr. H. **Boshouwers**, Valaparaiso, Chile.

Ad 159. Struma. Zur Beseitigung des Kropfes genügt die Einnahme von 3 mg Jod in 14tägigen Zwischenpausen, wozu sich am besten die Dijodylkügelchen der Chem. Fabrik Riedel in Berlin eignen, ein Kügelchen

= 0.003 g Jod. Bekanntlich reguliert die Schilddrüse bis zum 25. Lebensjahre das Wachstum. Die Häufigkeit des Kropfes in einem Lande soll in direktem Verhältnis stehen zur Steilheit seines Geländes und zur Größe der Niederschlagsmengen. Dr. **Lutz**, Wollmatingen.

Ad 159. Versuchen Sie das von L. Weber in Eßlingen a. N. erzeugte „Strumex" („Ars Medici" 1923, S. 297) und lesen Sie auch meine Abhandlung darüber; bei Kindern kein Versager!

Dr. K. **Pollak**, Wien, Preyersches Kinderspital.

Ad 166. Seekrankheit. Bercke (Hamburg) erprobte in etwa 100 Fällen das „Nervagenin" (Pharmakon A.-G.), eine Veronal-Baldrianmischung, und erzielte in 75% vollen Erfolg, in 18% bedeutende Linderung. (M. m. W. Nr. 22, 1923.) **D. Red.**

Ad 194. Chronisches Ekzem. Studieren Sie den Fall auch auf seine erbliche Belastung bis ins dritte und vierte Glied. Bei allen chronischen Erkrankungen wichtig! Ich empfehle „Über die Beziehungen der Haut zu inneren Störungen" von L. Dantan Balkley, übertragen von Dozent Doktor Karl Neumann, Wien 1907. Verlag Urban & Schwarzenberg. Die moderne Forschung zeigt immer mehr, wie richtig die alten Ärzte beobachtet haben, wenn sie behaupten, daß gewisse Hautkrankheiten vom verdorbenen und schlechten Blut herstammen. Da hilft Umstimmung des Organismus durch manchmal brüsken Diätwechsel, Milchkuren, Obstkuren, Fastenkuren, Schwitzkuren, Eigenblutinjektionen (nach Spiethoff und anderen), Aderlässe (nach Burwinkel und anderen); von Medikamenten: Sulfur, Arsen, Jod, Kalzium, Thyreoidin, Oophorin, Tuberkulin. — Zwei Fälle der Tagespraxis: 1. 18jähriger Tischlerlehrling, universelle Furunkulose; ödematöses Gesicht, Fieber, Schmerzen usw. — Diät: Altbackene Semmeln mit warmer Milch, Zitronenwasser, Lindenblütentee; behelfsmäßige Heudampfbäder zu Hause; innerlich Sulfur; nach fünf Tagen gesund. — 2. 28jährige Dame, ledig, hartnäckiges trockenes Ekzem mit starkem Juckreiz am Unterschenkel. Salben usw. nutzlos. In der Familie Tbc., Epilepsie, Schilddrüsenentartung. Mir fielen die „Glanzaugen" bei der Patientin und allen ihren Geschwistern auf. Therapie: reine Milchdiät mit Obsttagen, Betupfungen mit Salizylalkohol, Einpuderung. Innerlich: Sulfur und Thyreoidin. Langsame, aber Dauerheilung nach vier Wochen.

Dr. **Ludwig**, Possneck i. Th.

Ad 195. Nächtliches Einschlafen der Finger. Zusammenhang mit Rheumatismus konnte ich bisher nicht feststellen, wohl aber mit den Vorstadien zerebrospinaler Erkrankungen, z. B. Metalues. Das Einschlafen rührt her von der Kompression größerer peripherer Nerven, wie des Nervus ulnaris im Sulcus nervi ulnaris bei extremer Beugung des Vorderarmes (Anpressen des Nerven an die Knochenunterlage), vielleicht auch Kompression von Arterien und resultierender temporärer Blutverarmung. Wenn das Eingeschlafensein der Arme nach dem Erwachen rasch verschwindet, ist es wohl physiologisch.

Dr. Ch. **Muley**, Constantinople.

Ad 197. Auskunfterteilung über Epilepsie eines Kranken. Nach dem deutschen Strafrecht sind Sie zu einer Offenbarung nicht befugt, es sei denn, daß der Patient seine Zustimmung gibt. Der § 498 des österreichischen Strafgesetzbuches bezieht sich nach einer richterlichen Entscheidung nur auf die Geschlechtskrankheiten. Dr. **Lutz**, Wollmatingen.

Ad 197. Den Arzt muß das Interesse des Kranken und der Allgemeinheit leiten. Es würden z. B. viele venerische Kranke sich der Behandlung entziehen, wenn sie nicht vom Arzt Diskretion erwarten würden, und

würden so eine sozialhygienische Gefahr bilden. Daher von zwei Übeln das kleinere wählen und im Einzelfalle schweigen im Interesse der Allgemeinheit. In letzterem Interesse aber Anzeigepflicht bei akuten Infektionen allgemeingefährlicher Art, wie Scharlach, Cholera. Vgl. auch „Ars Medici" 1922, S. 147. — Im vorliegenden Falle also Wahrung des Berufsgeheimnisses.

Dr. Ch. **Muley,** Constantinople.

Ad 198. Aortenkompressorium. Da eine Aortenkompression für den praktischen Arzt meist in seiner geburtshilflichen Tätigkeit anläßlich Gebärmutterblutungen in der Nachgeburtsperiode in Frage kommt, so stellt die Anwendung des Momburgschen Schlauches seiner Einfachheit wegen ein zweckmäßiges Verfahren dar. Leider haften ihm Gefahren an, indem er zu Quetschungen lebenswichtiger Organe (Darm, Nieren) mit ihren Folgen führen kann. Es wurden deshalb Aortenklemmen empfohlen, die lediglich die Kompression der Aorta selbst bewirken sollen. Eines der ältesten Aortenkompressorien ist das von Esmarch, eines der neueren das Tourniquet von Gauss. Dieselben haben gewiß bei notwendiger länger dauernder Ausschaltung der Zirkulation in den Beckenorganen (bei Naht eines hochsitzenden Zervixrisses bei Uterusruptur) ihre Berechtigung. Für den praktischen Arzt dürfte die in den Samariterkursen empfohlene direkte manuelle Kompression des zuführenden Arterienstammes, in unserem Falle der Aorta, bei den häufigen atonischen Nachgeburtsblutungen genügen. Als Paradigma sei hier ein eigener Fall angeführt: Am 22. Mai 1922 wurde ich zu einer II-para gerufen, die nach Abgang der vollständigen Plazenta eine heftige Nachblutung infolge Atonia uteri erlitt. Gesichtsfarbe auffallend blaß, Facies decomposita, Zustand besorgniserregend. Mit einem aus einer Serviette geformten kugelförmigen Bausch komprimierte ich die Aorta durch ungefähr 15 Minuten, wobei die Patientin zuletzt über Parästhesien in den Zehen, als Zeichen einer genügenden Kompression der Aorta, klagte. Die Blutung stand dann definitiv. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 198. Wie uns die Firma Julius Vieregge in Osnabrück, Lohstr. 40, mitteilt, ist sie die Herstellerin des Rissmann'schen Aortenkompressoriums, nicht, wie auf Seite 388 angegeben wurde, das Med. Warenhaus in Berlin.

D. Red.

Ad 204. Bei Paralysis agitans ist die Nonne'sche Behandlung (Näheres Münchn. m. W. Nr. 2, 1923) mit Atropin recht empfehlenswert.

Dr. **Seige,** Bad Liebenstein.

Ad 206. Hemiplegie. Eine dankbare Behandlung der Hemiplegie ist ihre Übungsbehandlung nach der Anleitung zur Übungsbehandlung der Ataxie von Prof. A. Goldscheider, Verlag Thieme in Leipzig.

Dr. **Egyed,** Oberstabsarzt a. D., Brasso.

Ad 207. Novantimeristem. Auf Veranlassung des bayerischen Kollegen Herrn Dr. Thonnessen in Weiler habe ich „Novantimeristem" in der vorgeschriebenen Weise angewendet bei einem (operierten) Ca-Rezidiv. Trotz Erhöhung der vorgeschriebenen Dosen (da absolut keine Fieberreaktion erzielt werden konnte), zeigte sich nicht die geringste Reaktion und natürlich auch nicht die geringste Besserung. Es wurden Serie 1, 2, 3, verwendet; Serie 4 wurde abgelehnt, da nicht der geringste Erfolg zu verzeichnen war. Dr. F. **Kohler,** Sulzberg.

Ad 208. Blutfleckenexanthem bei einem Kinde. Die an den Beinen auftretenden rötlichen Flecken mit Hautschwellungen könnten als Frühzeichen der Purpura gedeutet werden. Das Hautödem ist nicht kardionephrogen bedingt. Gewöhnlich milde verlaufend, muß der Krankheitszustand bei dem jungen Kinde wegen der fieberhaften Lungenaffektion als ein ernster angesprochen werden. Es besteht nämlich Bronchopneumonie

mit vermutlich beginnendem hämorrhagischem Exsudat, die einen protrahierten Verlauf nehmen dürfte.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 214. Psoriasis vulgaris. Die Schwefelbehandlung nach Bory („Ars Medici" 1922, S. 72) wäre zu versuchen. Auf die schwere, bis drei Tage dauernde Reaktion aufmerksam machen! — Wenn auch das Ponndorfsche Verfahren nicht allgemein anerkannt wird, dürfte in Ihrem Falle eine Impfkur nach Ponndorf keinen Schaden bringen. Versuchen Sie also eine Kombination beider Methoden. Dr. **Ruzicka**, Zator.

Ad 218. Bei epileptischen Anfällen, die ausgesprochen von der Menstruation abhängig sind, hatte ich Erfolge mit Telygan, abwechselnd Einspritzungen und interne Gabe. Dr. **Seige**, Bad Liebenstein.

Ad 225. Zahnschmerzen. Ich habe vor einigen Jahren folgendes Verfahren erfunden und übe es mit Erfolg: Die kariösen Massen werden mit einem Löffelchen aus dem Zahn entfernt und die Höhle wird mit einer an eine Platinöse festgeschmolzenen Perle aus Höllenstein bestrichen. Wenn nur Pulpitis vorliegt, hören bei dieser Behandlung die Schmerzen sofort und dauernd auf, und der Zahn kann dann bei Gelegenheit plombiert werden.

Dr. G. **Edholm**, Sundsvall, Schweden.

Ad 225. Bei Pulpitis: Arseneinlage: Rp. Acidi arsenicos., Cocaini ana 1.0, Acidi carbolic. quant. suff. ut fiat pasta. Stecknadelkopfgroßes Stückchen auf in Acid. carbolic. getauchtem Wattebäuschchen in die Kavität (eventuell nach Entfernung des nekrotischen Gewebes) einlegen; sodann Verschluß der Höhle mit Fletscher oder Harzlösung. Nach zwei Tagen soll der Patient zum Zahnarzt gehen oder, wenn auf konservative Behandlung verzichtet wird, die Einlage entfernen; während dieser Zeit auf der kranken Seite nicht kauen. Selbstverständlich ist dann bei dieser nicht idealen Behandlung eine Periostitis zu erwarten, aber sie bleibt oft jahrelang aus, und ein Patient, der für konservative Zahnbehandlung weder Sinn noch Geld hat, ist für die Erlösung von seinen Schmerzen dankbar. Die Schmerzen schwinden meist gleich, manchmal erst nach Stunden. Bei Kindern (Milchzähne) genügt eine Karboleinlage statt Arsenpaste. Cave: gleichzeitige Arseneinlage in mehrere Zähne! — Bei Periostitis: einmalige Einatmung von Oleum sinapis; eventuell Inzision in der Gegend der Wurzelspitze. Siehe auch „Ars Medici" 1922, S. 317. Dr. **Ruzicka**, Zator.

Ad 225. Beim Militär verordnete ich: Mund, Augen und Nasenloch der gesunden Seite schließen, durch das offene Nasenloch der Seite, auf der der kranke Zahn sich befindet, einmaliges, t i e f e s Einatmen aus einem kleinen Fläschchen daruntergehaltenem Oleum sinapis aethereum. Der durch den Trigeminusschock beseitigte Schmerz kehrt oft nicht wieder. — Einlage eines Kokain- oder Karbolsäuretampons ist nur nach vorheriger Reinigung mit Sonde oder Exkavatoren gut durchführbar; auch eine Zahnpinzette ist dazu notwendig. Dr. Ch. **Muley**, Konstantinopel.

Ad 234. Bei **Conjunctivitis eccematosa** rate ich (wenn keine Phlyktaena limbi vorliegt, bei der sich Kalomel am besten bewährt): Rp. Zinci sulfur. 0.05, Adrenalini hydrochlor. (1:1000) gtt. X., Aqu. dest. 20.0. D. S. Dreimal täglich zwei Tropfen ins Auge einzutropfen. Adde Tropfgläschen. — Ferner Rp. Mercurii praecipitat. flav. pultiforme 0.2, Lanolini anhydr., Aqu. dest. ana 2.0, Vaselini americ. puriss. flav. 20.0. Misce exactiss. fiat unguent. Para recenter! D. S. Einmal abends vor dem Schlafengehen ein wenig Salbe ins Auge einzustreichen. Adde Glasstab. Diese Therapie ist besonders zu empfehlen, wenn Kornealdefekte vorhanden sind, auch bei Keratitis fascicularis. Bei Schmerzen täglich ein Tropfen 1% Kokain;

gegen Lichtscheu sind kalte Umschläge sehr ratsam, wenn kein Kornealdefekt vorliegt. Bei starker Blepharitis: Rp. Ichthyol 0.15, Zinci oxydat. 5.0, Vaselin. americ. puriss. alb. 20.0. Misce exactiss. fiat unguent. D. S. Abends vor dem Schlafengehen ins Auge einzustreichen.

Dr. J. **Radonicic,** Nova Gradiska.

Ad 236. Magnetische Kuren sind ein Teil der Suggestivbehandlung. Sie werden z. B. in dem Büchlein von Hirschlaff „Hypnose und Suggestivtherapie" (Verlag Ambrosius Barth, Leipzig) genau besprochen.

Dr. **Seige,** Bad Liebenstein.

Ad 238. Entwanzung. Nach vielen Enttäuschungen hatte ich kürzlich die Freude ein wirklich verblüffend wirksames Verfahren zur Bekämpfung der Wanzenplage kennen zu lernen und möchte dieses den Kollegen bekannt geben, zumal ja doch die Wanze vielleicht auch zur Verbreitung mancher Infektionskrankheiten (Leishmaniose in den Tropen usw.) beizutragen scheint. Die Firma „Grandiosa" in Wien IV., Suttnerplatz 10, versendet einen Apparat „Columbus", der in einer Stunde montiert, durch seine Einfachheit verblüfft und tatsächlich das Ei des Columbus darstellt. Er ist übrigens deutsches Erzeugnis, wie das „D. R. G. M." unter dem englischen Text verschämt anzeigt. Durch die sinnreiche und überaus einfache Idee der Isolierung der Möbel von Wand und Fußboden muß alles Ungeziefer, seinem Instinkt nach Nahrungssuche folgend, einmal in den Apparat hinein und wird hier festgehalten. Ich habe mich von der Wirksamkeit überzeugt; des Morgens findet man zahlreiche ausgehungerte Wanzen in dem Behälter. Der Apparat braucht keinerlei Wartung und ist immer arbeitsbereit. Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach i. Siebenbürgen.

Ad 240. Lungenspitzenkatarrh. Der auffallend dunkle Schatten am Lungenhilus ist als ein Paket tuberkulöser Lymphdrüsen zu deuten. Verdachterregende Symptome eines malignen Gebildes, wie typische Kompressionserscheinungen, kachektisches Aussehen usw., liegen nicht vor. Die bisherige Behandlung hatte den nicht zu unterschätzenden Erfolg, daß der pathologische Lungenprozeß erfreulicherweise nicht deletär, sondern milde verläuft, sogar anscheinend mit der Tendenz zu stellenweiser Vernarbung oder Verkalkung der Lungenherde. Statt in diesem Stadium mit spezifischen oder unspezifischen Heilversuchen vorzugehen, empfehle ich als berechtigt indiziert subkutane Injektionen von Natrium kakodylicum, die bei tbc. Lymphomen bemerkenswerte Resultate ergeben haben.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzman.

Ad 241. Abhärtung. Da es sich der Fragestellung zufolge nicht um Gesunde, sondern um Kranke handelt, muß das „Abhärtungsverfahren" wohl mehr im Sinne physikalisch-therapeutischer Maßnahmen aufgefaßt werden. Daß im Gefolge derselben auch eine Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen Witterungseinflüsse und Temperaturwechsel eintritt, ist selbstverständlich. Insoferne dürfte sich der Begriff „Therapie" mit dem der „Abhärtung" decken.

1. Bei nicht an Luft und Wasser gewöhnten Patienten beginne man stets mit Teilwaschungen früh im Bett. Arme, Brust, Rücken werden mit einem Frottierhandschuh abgerieben, dann wird ohne Abtrocknung das Hemd wieder angelegt, worauf in gleicher Weise die Beine behandelt werden. Zu den Waschungen eignet sich gewöhnliches brunnenkaltes Wasser, dem nach Belieben etwas Essig oder mit Latschenöl versetzter Franzbranntwein beigemengt werden kann. Patient bleibt dann mindestens solange liegen, bis er wieder warm und trocken geworden ist. Diese Anwendung kann zweckmäßig auch bei Fiebernden und zu Blutungen neigenden Kranken, diesfalls ohne Kraftanwendung, vorgenommen werden.

Ersterenfalls kommen selbstverständlich auch Einpackungen in Betracht in Form von Kreuzbinden, Brustwickeln, Stammwickeln und Dreiviertelpackungen. Die Wassertemperatur sei je nach Höhe des Fiebers und Reaktionsfähigkeit des Kranken mehr weniger kalt, aber niemals lau. Weder nach Waschungen, noch in Einpackungen darf länger dauerndes Kältegefühl vorherrschen. Heiße Prozeduren kommen wohl nur als l o k a l e Anwendungen (z. B. bei Pleuritis) in Betracht oder als kurzdauernde Vollbäder mit nachfolgender kalter Übergießung (z. B. Pneumonie, Bronchitis usw.).

2. Hat sich die Haut des Kranken als reaktionsfähig erwiesen (Rötung, rasche Erwärmung, behagliches Gefühl nach dem Abreiben) so geht man zu den Güssen im Sinne Pfarrer Kneipp's über. Dazu benötigt man nur ein größeres Schaff oder noch besser eine Sitzbadewanne und eine große Gießkanne ohne Rosette. Auch diese Prozeduren werden anfangs lieber nächst dem Bette des Kranken vorgenommen; es genügen im allgemeinen vier Anwendungen, mit denen man täglich abwechselt.

a) S c h e n k e l g u ß: Patient stellt sich in die Wanne, in welcher sich bei kalten Füßen warmes, bei warmen Füßen kaltes Wasser befindet, das etwa bis zur Knöchelgegend reicht. Sodann läßt man — stets distal beginnend — den vollen Strahl aus der Gießkanne über die Vorderseite der Unter- und Oberschenkel, sodann über die Waden nach aufwärts bis zur Lendengegend fliessen. Das Hemd wird dabei soweit als nötig vom Patienten selbst nach oben gehalten.

b) R ü c k e n g u ß: Patient sitzt am Rand der Wanne möglichst aufrecht, damit das Wasser nicht nach vorne fließt, was unangenehm empfunden zu werden pflegt. Der Wasserstrahl gleitet vom Gesäß entlang der Wirbelsäule nach oben, verteilt sich über die Schulterblätter und wird sodann noch mehrmals auf- und abwärts geführt. Dieser Guß soll jedoch anfangs nicht länger als 10 bis 15 Sekunden dauern und nicht zu kalt sein. Während dieser Prozedur wird das Hemd vom Patienten über die Schultern hochgezogen gehalten.

c) O b e r g u ß: Patient steht mit gestreckten Knieen vor der Wanne, beugt den Oberkörper möglichst tief zur Wanne hinunter und läßt die Arme gerade in dieselbe hineinhängen, so daß die Fingerspitzen deren Boden berühren. Man begießt zuerst beide Arme von den Händen bis zur Schulter und läßt dann den Wasserstrahl entlang der Wirbelsäule auf und ab und wieder über beide Schultern laufen, so daß der ganze Rücken gleichmäßig von einem Wassermantel bedeckt wird. Zu dieser Prozedur muß das Hemd natürlich ausgezogen und nach Beendigung derselben sofort wieder angelegt werden.

Nach jeder Anwendung ins warme Bett zurück. Im Sommer können diese Anwendungen auch im Laufe des Vormittags gemacht werden und muß Patient unmittelbar nachher bis zur vollständigen Trocknung und Erwärmung einen Spaziergang — womöglich in der Sonne — machen.

Außer der Wasserkur können auch dosierte Sonnenbäder mit nachfolgender kalter Abreibung, Douche, Tauch- oder Schwimmbad sowie kurzdauernde Luftbäder o h n e nachfolgender Wasseranwendung vorgenommen werden. Sonnenbäder sind indes bei Fiebernden und zu Blutungen neigenden Kranken kontraindiziert; bei letzteren auch Begießungen des Oberkörpers. Bei nicht spezifisch-katarrhalischen Prozessen pflegt der Erfolg nicht lange auf sich warten zu lassen, bei Tbc. vermag das physikalische Heilverfahren wesentlich die spezifische Therapie infolge seiner stimulierenden Wirkung auf den Gesamtorganismus zu unterstützen.

Der Vollständigkeit halber sei schließlich auf die Wichtigkeit reiner Atemluft und zweckentsprechender Kleidung bei tunlichster Vermeidung

schafwollener Unterwäsche hingewiesen. Die Ernährung sei der Lebensweise respektive Beschäftigung des Kranken angepaßt. An die Bedeutung pflanzlicher Rohkost für den Körperhaushalt möge ganz besonders erinnert werden. Mastkuren pflegen erfahrungsgemäß keine Dauererfolge zu zeitigen. Dr. F. **Charlemont**, Brixen a. E. Alto-Adige.

Ad 242. Örtliche Schmerzen bei Lungentuberkulose. Eine wirksame Methode zur dauernden Behebung der heftigen Schulterschmerzen gibt es nicht. Die Schmerzempfindungen sind auf peripheriewärts übermittelte und irradiierende Herdreaktionen zu beziehen. Insolange diese bestehen, können naturgemäß durch Anwendung der üblichen Analgetika nur Remissionen von kurzer Dauer erzielt werden. Ob im betreffenden Falle tatsächlich Lungentuberkulose als primäres ätiologisches Moment zu betrachten ist, wird wohl in Erwägung zu ziehen sein. Rheumatoide Myalgien unterhalb und zwischen den medialen Skapularrändern gehören zu den häufigsten Begleiterscheinungen. Für alle Fälle erweist sich auf Grund empirischer Erprobungen die ableitende Behandlung am empfehlenswertesten. Krotonöleinreibungen (Baumscheidt), Brechweinsteinsalbe (1:4), Schröpfköpfe und dergleichen sind leicht verwendbare Mittel, die schnell analgetisch wirken und längere Schmerzpausen zur Folge haben.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 243. Schmerzhafte Handgelenke. Schleichende Infektion. Therapie: Injektion von Tuberkulin oder Streptokokkenserum. Hyperämisation der Handgelenke durch heiße Bäder. Innerlich Ichthyol oder Cehasol: Rp. Cehasol, Aqu. dest. ana 20, Olei Citri gutt. X. M. D. S. Gut aufschütteln; täglich dreimal zwölf Tropfen eine Viertel Stunde vor dem Essen auf Zucker einnehmen. Dr J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 243. Unklare Schmerzen mit Arbeitsstörung in den Händen ohne anatomischen Befund bei fleißigen Klavier- und Violinspielern sind sehr suspekt auf Beschäftigungsneurose (sogenannter Klavier- und Violinspielerkrampf). Dieselbe ist in der Regel psychogenen Ursprungs und psychotherapeutisch mit Hypnose, am besten aber psychoanalytisch zu behandeln.

Dr. E. **Hitschmann**, Wien.

Ad 244. Molke wird aus Ziegenmilch hergestellt und meist gemischt mit Mineralwässern (Ems, Wiesbaden, Soden, Kissingen) getrunken bei Katarrhen der Luftwege, des Magendarmkanals, sowie bei chronischer Nephritis. Dr. S. **Wahle**, Kissingen.

Ad 252. Acne rosacea. Versuchen Sie intramuskuläre Injektionen von Terpichin oder Olobinthin („Ars Medici" 1923, S. 396), jeden zweiten Tag 1 bis 2 cm³. Ich habe damit sehr schöne Resultate bei Fällen erzielt, die allen anderen Mitteln trotzten. Dr. S. **Wahle**, Kissingen.

Ad 252. Innerlich Jodkali. Nach Skarifikation und Auspressen Ichthyol- oder Cehasolsalbe: Rp. Cehasol, Aqu. dest. ana 2, Unguent. spl. ad 20.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 257. Erbrechen nach Laparatomien. Bauchlage des Kranken für 5 bis 15 Minuten. Das Erbrechen hört prompt auf. Bei allen Laparotomien bis jetzt von mir mit Erfolg angewandt. Bei mir selbst, als ich 1902 in der Marburger Klinik an Appendicitis purulenta und Peritonitis diffusa operiert worden war und 14 Tage Erbrechen hatte, hat die Bauchlage, die ich nur drei Minuten aushielt, sich glänzend bewährt. — Abführmittel geben wir stets am fünften Tage post laparotomiam, ebenso Klystiere.

Dr. **Montenbruck**, Haspe i. W.

Ad 258. Flecke nach Haarwasser. Die Ursache dieser Flecke wird das Resorzin sein (vielleicht in Gemeinschaft mit der Benzoetinktur). Jedenfalls hat das Resorzin neben seinen vielen guten Eigenschaften den Nach-

teil, Wäsche und Haut zu färben. Die Wäschebeschädigung dürfte durch Waschen mit unterschwefligsaurem Natron (Natriumthiosulfat), abwechselnd mit Zitronensäure, gut gemacht werden können.

Dr. S. **Reines**, Facharzt f. Hautkr., Wien.

Ad 259. Buch für Sachverständigengutachten. Ein solches bequemes „Musterbüchlein" gibt es nicht und wird es nie geben. Im nächsten Jahre wird im Verlage Deuticke, Wien, ein „Gerichtsärztliches Praktikum" aus der Feder von Neureiter und Werkgartner erscheinen. Gründliche Belehrung gibt die X. Auflage von Hofmanns Gerichtlicher Medizin.

Hofrat Prof. Dr. A. **Haberda**, Wien.

Ad 259. Das ausgezeichnete Buch „Der österreichische Gerichtsarzt, Vademekum für die gerichtsärztliche Praxis für Ärzte und Juristen" von Dr. Gustav Paul, Verlag Deuticke, Wien und Leipzig (etwa 350 Seiten stark) bringt im Anhang Formbeispiele für Obduktionsprotokolle.

Dr. J. **Lengenfelder**, Kremsmünster.

Ad 259. „Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten" von Dr. R. Becker, Verlag S. Karger, Berlin. Med.-R. Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 261. Über Medikation und Dosierung in der Schwangerschaft gibt es tatsächlich noch keine zusammenfassenden Abhandlungen neueren Datums. Im allgemeinen unterscheidet sie sich jedoch nicht so sehr von der sonstigen Behandlungsweise und schwankt außerdem in individuellen Grenzen je nach der vorliegenden Konstitution. Gewisse allgemeine Richtlinien lassen sich aber doch schon geben: Die Mehrzahl aller Erkrankungen und Beschwerden während der Schwangerschaft verdankt ihre Entstehung oder Verschlimmerung den pathognomonischen Grundzügen des schwangeren Zustandes, welche man als Schwangerschaftsplethora, Schwangerschaftsdyskrasie (Schwangerschaftstoxinämie) und Diathesis inflammatoria bezeichnen kann. Blutbildende Mittel, z. B. Eisen oder Arsen, werden daher in der Schwangerschaft meist schlecht vertragen und die allenfalls bereits bestehenden Kongestionen, Gefäßerweiterungen, Stauungen, Ödeme, Kopf-, Zahn- und Nervenschmerzen trotz bester Absicht nur noch verschlimmern. Auch die Zuführung körperfremder Substanzen, wie Schwangerenserum, artfremdes Eiweiß u. dgl., belasten nur noch mehr den Stoffwechsel und sind deshalb unzweckmäßig, ebenso alles, was sekretions- und exkretionsbeschränkend wirkt, wie z. B. Kalzium, Atropin u. dgl. — Therapeutisch am besten fährt man, wenn man sich sämtliche Schwangerschaftsveränderungen nicht nur durch Einwirkung der fötalen und plazentaren Reizstoffe (Halban, Seitz und andere), sondern auch durch das Ausbleiben der menstruellen Blutung und Retention dieser Stoffe im Körper erklärt. Durch alle ausleerenden, entgiftenden, sekretions- und exkretionssteigernden Mittel, Ableitung auf den Darm, auf die Haut und Blutentziehungen, ferner durch entsprechende Diät wird man sämtliche Schwangerschaftsbeschwerden und während der Schwangerschaft vorkommenden sonstigen Erkrankungen unbedingt günstig beeinflussen können. Erst wenn das geschehen ist, hat die spezifische Lokalbehandlung Aussicht auf Erfolg, wenn sie überhaupt noch nötig ist. — Unter diesen Gesichtspunkten wird auch in die Medikation und Dosierung der Schwangerschaft ein brauchbares System kommen. Ausführlichere Darstellungen dieses Gegenstandes in dem jetzt im Erscheinen begriffenen IV. Band der „Deutschen Frauenheilkunde", betitelt: Die Konstitution der Frau, Bergmanns Verlag in München.

Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 262. Eine erfolgreiche Behandlung des Morbus Addisoni mit organotherapeutischen Präparaten gibt es bis jetzt nicht. Alle diesbezüg-

lichen Versuche schlugen fehl; gelegentlich sah ich Besserung der Adynamie durch das „Paraganglin“-Vassalle, ein aus chromaffinen Zellen gewonnenes Präparat, das dreimal täglich nach den Mahlzeiten (je zehn Tropfen) durch lange Zeit gegeben wird, am besten in Kombination mit Strychnininjektionen in steigenden Dosen. Gutes leisten auch wiederholte Magenspülungen, besonders bei Anorexie und gastrointestinalen Störungen (Diarrhoen).

Prof. Dr. J. **Wiesel,** Wien.

Ad 263. Penis captivus. Habe bei einer Publica mehrmals (sieben- bis achtmal) durch subkutane Injektion von 0.02 Morphin. mur. in den Oberschenkel stets prompten Erfolg gehabt, ihr später angeraten, Äther sulf. auf Watte gegossen einzuatmen, was seine Wirkung angeblich auch nie verfehlt hat. Allerdings war die Dame Hysterica.

Dr. M. F. **Müller,** Rastenfeld.

Ad 264. Venenzirkulationsstörungen am Bein. Gegen einseitige Varizen, die offenbar im vorliegenden Falle sehr tief reichen und hiedurch die Schmerzen verursachen, ist das einzig sicher wirkende Mittel die operative Entfernung, die heute keine Schwierigkeiten mehr bietet.

Prof. Dr. O. **Marburg,** Wien.

Ad 266. Gegen Alveolarpyorrhoe wird Neosalvarsan venös und extern empfohlen. (Technik in „Ars Medici“ 1919, S. 302. Ferner vgl. „Ars Medici“ 1920, S. 167 und 1921, S. 280 und 509. — D. Red.)

Dr. S. **Wahle,** Kissingen.

Ad 267. Teleangiektasien. Es kommt bei der Behandlung dieser Feuermäler nicht nur auf das Behandlungsmittel, sondern auch auf die Technik der Behandlung an. Radiumbestrahlung, eventuell in Verbindung mit Kauterisierung, führt fast immer zu befriedigenden Resultaten.

Dr. E. **Eitner,** Wien.

Ad 269. Chloasmaähnliche Pigmentierungen an der Stirn. Entweder Unnas Wasserstoffsuperoxydseife oder 10% Präzipitatsalbe oder auch: Rp. Mercurii praecipit. albi, Bismuth. subnitric., Barii sulfur. ana 1, Unguent. emollient. 30.

Dozent Dr. B. **Lipschütz,** Wien.

Ad 270. Furunkulose. Zu versuchen wären Vakzineinjektionen, entweder mit Autovakzine oder mit „Opsonogen“, „Staphar“ und ähnlichen Präparaten (Gebrauchsanweisung liegt den Packungen bei). Lokal ist bei eben beginnenden Furunkeln das Ichthyol öfters von rascher Wirkung; man pinselt reines Ichthyol auf die betreffende Stelle und ihre nächste Umgebung; darüber ein Watteflocke, die rasch anklebt. Wo keine Rückbildung auftritt, muß dann die übliche Furunkelbehandlung aufgenommen werden, die ja sehr mannigfach ist. Bei ausgedehnterer Furunkelbildung würde ich noch Schwefelbäder empfehlen und — falls Vakzinebehandlung ohne Erfolg — Quarzlicht oder Röntgen. Eventuelle Obstipation bekämpfen. Liegt keine Magen-Darmaffektion vor? Wurde schon Arsen intern gegeben? Sitz der Furunkel? Art ihres Ablaufes?

Dr. S. **Reines,** Facharzt f. Hautkr., Wien.

Ad 271. Ulcus cruris. Zuerst das Ulkus durch Bor- oder Resorzinumschläge reinigen und möglichst trocken legen. Ist dieses Stadium erreicht, dann Zinkleimverband nach der gebräuchlichen Methode. Ein Versuch mit Quarzlicht kann auch gemacht werden. Allgemeinverhalten selbstverständlich streng vorschreiben. Die Linsersche Behandlung der Varizen (intravenöse Sublimatinjektionen in loco) sowie andere chirurgische Methoden können wohl in diesem Falle nicht in Betracht kommen. Wie sieht das Ulkus aus? Seine Ränder? Entzündungserscheinungen? Das sind wesentliche Richtlinien für die Ulkustherapie. Wurde schon Jodkali gegeben?

Dr. S. **Reines,** Facharzt f. Hautkr., Wien.

Ad 272. Sich schälende Haut am Finger. Die Affektion dürfte Folge einer übersehenen lokalen Infektion sein, worauf — soweit die viel zu unbestimmten Daten es erschließen lassen — auch die wohl örtlichen Schmerzen allein schon hindeuten. Bläuliche Streifen (woher und wohin laufend?) sprechen auch für eine erysipelähnliche akute Infektion. Solche kommen bei Frauen oft genug im Verlaufe des Hantierens mit Instrumenten, Fleisch, Knochenresten, Gräten, Näh- und Handarbeitsnadeln, aber auch Gabel usw. vor, viel öfter, als die Damen es selbst bemerken. An eine chronische, vasomotorische, trophische Affektion zu denken, verbietet sich durch die örtliche Beschränkung der Affektion auf eine Endphalange. Diagnose: örtliches Erysipeloid.

Reg.-Rat Dozent Dr. K. **Ullmann**, Wien.

Ad 273. Mundsperre. Man muß in solchen Fällen immer an einen impaktierten (eingekeilten) Weisheitszahn oder an Ankylostoma muskulären und artikulären Ursprunges denken. Dr. P. **Berger**, Zahnarzt, Wien.

Ad 274. Leitungsanästhesie bei Zahnextraktionen. H. Sicher: „Anatomie und Technik der Leitungsanästhesie im Bereiche der Mundhöhle." Verlag Jul. Springer, Berlin. Dr. P. **Berger**, Zahnarzt, Wien.

Ad 275. Unter „eingeengtem", das heißt konzentriertem Alttuberkulin versteht man ein im Wasserbad bis zur Gewichtskonstanz eingedampftes Tuberkulin. Es besitzt Sirupdicke und dient zu diagnostischen Zwecken, da es, auf die Haut eingerieben, stärkere Reaktionen hervorruft als gewöhnliches Alttuberkulin, namentlich dann, wenn die Haut mit Äther abgerieben ist. Prof. Dr. W. **Neumann**, Wien.

Ad 278. Quälende Schmerzen vor und nach Amputation im Bein. Wenn tatsächlich keine Kombination der arteriosklerotischen Gangrän mit einer anderen Erkrankung (etwa hochsitzender Mastdarmkrebs, Tumor der Cauda equina u. ä.) vorliegt, so wären noch intravenöse Chinininjektionen und Diathermie zu empfehlen; das Chinin entweder in 10%iger Lösung als Chininum bimuriaticum oder bisulfuricum oder: Chinin. hydrochlor. 0.5, Urethan 0.25, Aqu. dest. 5.0. Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien

Ad 279. Hartnäckige Asthmaanfälle. Schon der Beginn des Anfalles mit Niesen sowie die anamnestisch angegebene Verwendung als Luftfahrzeugingenieur sprechen sehr zugunsten der Annahme einer Überempfindlichkeit der Nasenschleimhaut gegenüber kleinen, für die gesunde Schleimhaut unterschwelligen Reizen (Trockenheit, Staub, Wind usw.). Dieselbe wird demzufolge schon bei geringen Alterationen der Atemluft ebenso wie die Schwellkörper hyperämisch so sehr, daß der Patient keine Luft durch die Nase bekommt. Er wird dadurch allmählich zum habituellen Mundatmer; dabei ist der Mund nur spaltförmig (!!!) geöffnet, beim Schlafen freilich gewöhnlich etwas mehr, daher oft trockener Mund beim Erwachen und Beginn der Anfälle in den späten Nachtstunden, bzw. morgens. — Die Mundatmung nun veranlaßt gemäß der mangelhaften Präparation der Atemluft vor ihrem Eintritte in die Stimmritze Austrocknung der Schleimhaut der Atemwege sowie Entzündung derselben und Reizung der Vagusendigungen und außerdem eine Vermehrung der Restluft mit konsekutiver Verschlechterung des Lüftungseffektes, das Gefühl von Lufthunger, sowie Reizung des Atemzentrums. — Die kausale Behandlung besteht in systematischer Rückführung zum physiologischen Atemweg und -modus, das heißt allmählicher Erlernung stetiger Benützung des nasalen Atemweges auch bei Wind, Gehen und Arbeitsleistung, langsamer und nicht zu tiefer Einatmung, genügend lange dauernder, nicht pressender Ausatmung, möglichster Verwendung von aktiver Zwerchfell-Bauchatmung mit Ver-

meidung der Kostalatmung. Zu diesem Endzweck ist Durchführung systematisch angeordneter Atemübungen wohl unerläßlich. Siehe diesbezüglich: Hofbauer „Atempathologie und -therapie“, Verlag Springer, Berlin 1921. — Beim Beginn des Anfalles gelingt es meistens ihn „fortzusummen“, das heißt durch langsames, rein nasales Inspirium und nicht zu sehr forciertes summendes Exspirium den Anfall zu kupieren.

Dozent Dr. L. **Hofbauer**, Wien.

Ad 280. Fettig belegtes Gefühl von Zunge und Mundschleimhaut. Zunächst schiene mir eine genaue Untersuchung des Mundes und seiner Nebenhöhlen nötig, weiters eine solche des Urins und Blutes. Wenn diese negativ, dann kann im Verdauungskanale oder im Nervensystem die Schuld liegen. Daher Versuch mit vorwiegend vegetarischer Kost, Karlsbader, einem sogenannten Darmdesinfiziens (Menthol, Formamint), bzw. Mundspülungen mit einer spirituösen Flüssigkeit. Wenn auch dann kein Erfolg, dann roborierende Therapie, Hydrotherapie, Schonung.

Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner**, Wien.

Ad 281. Zu den „neueren“ Behandlungsmethoden der Arthritis deformans wären zu zählen die verschiedenen Verfahren der Reiztherapie, so die Proteinkörpertherapie mit Milch, Kaseosan, Aolan, Bakterienvakzinen, ferner die Schwefelbehandlung (intramuskuläre Injektionen von Schwefel in öliger Lösung), intravenöse Sanarthritinjektionen und die verschiedenen Applikationsarten von Yatren oder Yatren-Kasein. Die spezielle Methodik dieser Behandlungsarten (in den letzten drei Jahren wiederholt in „Ars Medici“ geschildert. — Die Red.) kann hier aus Raummangel nicht auseinandergesetzt werden. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 282. Kachexie infolge Onanie bei einem Kinde. Die in der Tat seltene Beobachtung dürfte als eine jener schweren Formen von Hysterie aufzufassen sein, bei denen eine unüberwindliche Anorexie das Bild beherrscht. Gewisse Züge, wie scheues, gedrücktes Wesen bereits am Beginne der Erkrankung, könnten auch im Sinne einer Jugendpsychose (Dementia praecox) gedeutet werden, ebenso das Einbinden des Gesichtes und die Weigerung es zu enthüllen. Dem widerspricht aber die bestimmte Angabe: Intelligenz ungetrübt. Nach anderthalb Jahren müßten sich doch schon Intelligenzdefekte entwickelt haben, wenn es sich um Dementia praecox handelte. Sicherlich hat das Bild einen melancholischen Einschlag, dürfte aber doch der Hysterie angehören. — Der Kollege berichtet mit besonderem Nachdruck von der unmäßigen Onanie des Kindes. Nach all meinen Erfahrungen kann das die primäre Quelle der Erkrankung n i c h t sein. Zahlreiche Kinder sehen trotz eifriger Masturbation blühend aus. Ihre Schäden stellen sich erst dann ein, wenn die Angst vor eingebildeten (= eingeredeten) Folgen hinzutritt. Ist hier nicht etwa dieser so häufige Fehler geschehen? Wenn einem Kinde seine „Verworfenheit“ und „Verlorenheit“ oft gepredigt wird, dann kann eine solche absolute Nahrungsverweigerung eine unbewußte Selbstbestrafung sein. Das Verhüllen des Gesichtes könnte daher stammen, daß man dem Kinde weißgemacht hat, man lese ihm sein Laster vom Gesichte ab. — Therapeutisch ist in einem so schweren Falle Anstaltsbehandlung dringend geboten, Schlundsonde das souveräne Mittel zur Verhütung des Schlimmsten. In der Anstalt wäre es dann möglich geworden, wenn nicht alle Symptome (wie so oft) spontan gewichen wären, psycho-analytisch nachzuhelfen.

Dozent Dr. J. **Friedjung**, Wien.

Ad 283. Überlanges Stillen. Es handelt sich in den beiden Fällen um die Korrektur eines Fehlers im Ernährungsprogramm des ersten

Lebensjahres. Wir empfehlen heutzutage schon im sechsten Lebensmonat eine Zugabe zur Mutterbrust. Eine über das erste Lebensjahr fortgesetzte Brusternährung (ohne Beigabe) ruft gewöhnlich Störungen im Körperaufbau, Anämie, Schlaffheit der Muskulatur, Rachitis hervor; sie erschwert auch die Entwöhnung. Diese ist nur mit pädagogischer Energie, halb-, selbst ganztägigem Hungern durchzuführen, selbst auf Kosten des derzeitigen Ernährungszustandes, mit der Möglichkeit einiger anfänglicher Gewichtseinbuße. Am besten dürfte sich dies außerhalb des häuslichen Milieus unter der Leitung einer fremden Person durchführen lassen. Die Ernährungsmaterien hätten allmählich das übliche Repertoire des Lebensalters anzustreben. Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 286. Kopfschmerzen und Trommelfellverkalkung. Die Kopfschmerzen haben mit der Trommelfellverkalkung, die nur einen Nebenbefund darstellt, nichts zu tun. Dozent Dr. G. **Bondy,** Wien.

Ad 287. Dyspnoe. Das ist allem Anscheine nach, wie in vielen analogen Fällen, eine funktionelle Neurose, die nicht durch Medikamente, sondern durch Psychotherapie beeinflußt werden dürfte.

Hofrat Prof. Dr. J. **Pal,** Wien.

Ad 291. Frigidität und Schlaffheit des Introitus. Ein großer Teil der Frauen kommt überhaupt nie zum Orgasmus, und trotzdem kann man dies zumeist nicht als echte Frigidität bezeichnen. Es steht dieser Zustand weder mit anatomischen Verhältnissen des weiblichen Genitales noch mit der Größe der männlichen Potenz im Zusammenhang, wenn man von schweren Mißverhältnissen zwischen Penis und Scheide absieht. Die Ursachen liegen gewöhnlich in psychischem Gebiete. Hat die Erziehung strenge moralische Grundsätze erzielt, die den Sexualverkehr als etwas unbedingt Schändliches hinstellen, so wirkt diese der eindrucksfähigen Kinderseele gegebene Suggestion unbewußt oft vernichtend oder mindestens stark hemmend auf den Ablauf der sexuellen Lustfunktion, selbst bei starker Libido. Eine andere psychische Hemmung stellt die Selbstunterschätzung in sexueller oder sonstiger körperlicher Hinsicht dar. Das Selbstmißtrauen fordert die präsidialbewußte Selbstbeobachtung während des Koitus heraus und stört oder zerstört den normalerweise unterbewußt ausgelösten Ablauf (Analogie zur psychischen Impotenz des Mannes, Analogie zum „Lampenfieber"). Oft führt die zuerst angegebene pädagogisch erzielte Hemmung im weiteren Verlaufe zur letztgenannten Hemmung. Unbedachte Worte des Mannes tragen gewöhnlich zu dieser neurasthenischen Hemmung bei. Eine weitere Ursache ist die Angst vor der Gravidität (Anwendung sicher wirkender und die Frau beruhigender Prohibitivmittel). Sehr häufig ist der Zustand als hysterische Abwehr zu deuten. Ferner sei erwähnt, daß die vor der Ehe geübte Onanie durch Reizung der Klitoris eine psychische Fixierung der Lustbefriedigung an dieses Organ erzeugt, wodurch der weit geringere Reiz durch die Friktion der Scheidenwand psychisch vernichtet wird. In diesem Falle ist neben einer psychischen Behandlung die manuelle Reizung der Klitoris vor oder während des Koitus zu empfehlen. Auch psychische Motive, wie masochistische oder sadistische Einstellung selbst leichten Grades, sind zu berücksichtigen. Die Behandlung jedes speziellen Falles besteht in der psychologischen Klärung und Psychosynthese, eventuell mit Hilfe von Hypnose und Suggestion. Ein operativer Eingriff bezüglich der Muskelfunktionsschwäche erscheint mir zwecklos, da diese im konkreten Falle (Nullipara) nur als körperliches Korrelat der psychischen Hemmung aufzufassen sein dürfte.

Dr. W. **Neutra,** Facharzt f. med. Psychologie, Baden bei Wien.

Ad 293. Über das Karbol bei der Chlumsky-Lösung. Vgl. „Ars Medici“ 1922, Seite 397. **Die Red.**

Ad 299. Abnorm lang andauernder Milchfluß ist ein viel selteneres Ereignis als das andere Extrem, nämlich die Stillunfähigkeit. Daher ist auch über die Behandlung desselben in der neueren Literatur wenig berichtet. Am besten hilft: 1. Salinische Abführmittel (Kalium oder Natrium sulfuricum); 2. baldige Herbeiführung der Menstruation durch äußere und innere emmenagoge Mittel; 3. äußerliche Applikation von adstringierenden Mitteln auf die Brustdrüse und ihre umgebenden Blut- und Lymphwege, am besten Einreibungen mit Menthol-Spiritus.

Dozent Dr. B. **Aschner,** Wien.

Ad 299. Versuchen Sie Antipyrin („Ars Medici“ 1922, S. 39) und Kampher („Ars Medici“ 1922, S. 542). **Die Red.**

Medikamente.

Artosin ist ein neues Gichtmittel. Aus dem bekannt wirksamen Atophan (Phenyl-Chinolin-Karbonsäure) durch Zusatz von Anthranilsäuresalzen gebildet, vermeidet es die magenschädigende Wirkung des Atophans und bewirkt höhere Harnsäureausscheidung als Atophan. Hemke (II. Med. Klinik, München) lobt das Mittel nach reicher Erprobung wärmstens. Gleichlaufend mit der gesteigerten Harnsäureausscheidung sinkt der Harnsäurespiegel im Blute. Während die Atophanwirkung am Tage der Gabe einsetzt und am nächsten Tage abklingt, setzt die Wirkung des Artosins erst am Tage nach der Medikation ein und hält meist noch in verstärktem Maße am zweiten und dritten Tage an. Magenverstimmungen (nach Atophan häufig) traten niemals auf. Die wirksamste Dosis ist dreimal 0.3 g bis fünfmal 0.3 g täglich. Man gibt das Mittel am besten eine Woche lang täglich und läßt dann mehrere Wochen hindurch auf je drei Artosintage je drei Tage ohne Medikation folgen. — Erzeuger: F. Böhringer & Söhne, Mannheim. (Klin. Wschr. Nr. 32, 1923.)

Diphasol, eine molekulardisperse Lösung Hg-Oxybenzoesulfosaurer Salze erwies sich nach Brünauer an der Abteilung Prof. Ehrmann in Wien in 200 Fällen von Lues aller Stadien als ein Hg-Präparat von intensivster Wirkung, das die geringsten Nebenerscheinungen macht und schmerzlos subkutan, muskulär und venös injiziert werden kann. Toxizitätsprüfungen im Wiener Pharmakognostischen Institut (Prof. Wasicky) ergaben eine wesentlich herabgesetzte Giftigkeit gegenüber anderen Hg-Verbindungen. Besonderen Wert legt Ehrmann auf die Eigenschaft des neuen Mittels Lymphozytose hervorzurufen, somit die natürlichen Heilungsvorgänge des Organismus anzuregen. (Ges. d. Ärzte in Wien, 22. Juni 1923.)

Notizen.

Für auswanderungslustigen Wiener Arzt. Unser Abonnent. Herr Dr. C. L. Sievers in Denison. Jowa, U.S.A., schreibt uns: „Die schlechte Lage der Wiener Kollegen veranlaßt mich, vorläufig einem, später vielleicht mehreren Ärzten aus Wien zur Einwanderung in die Vereinigten Staaten verhelfen zu wollen. Die Unkosten der Überfahrt würde

ich decken und für eine Existenz in den ersten Jahren sorgen. In der Zwischenzeit könnte der Betreffende leicht so viel verdienen, um die etwa gewünschte Rückreise zu bezahlen. Vorläufig kommt nur ein Kollege in Betracht, der hauptsächlich mit der Diagnose und den Laboratoriumsverfahren gut vertraut ist; nach solchen ist hier am ehesten Bedürfnis vorhanden." — Wir veröffentlichen gern dieses hochherzige Anerbieten des amerikanischen Kollegen. Interessenten wollen sich direkt an Herrn Dr. Sievers oder an uns wenden. Die Redaktion.

Die Berliner Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse veranstaltet im Oktober l. J. wiederum ihre bekannten Ferienkurse. Es finden Kurse aus allen Gebieten der Medizin statt. Besonders hervorgehoben wird ein Spezialkurs: „Die Bedeutung der Röntgendiagnostik für die innere Medizin." Vorlesungsverzeichnisse und alles Nähere durch die Geschäftsstelle der Dozentenvereinigung, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreis pro 1923, portofrei: Für das zweite Halbjahr: für Österreich u. Deutschland ö. *K* 12.000.—, für Ungarn u. Polen ö. *K* 15.000.—; ganzjährig: č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 30.000.—, č. *K* 30.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—, č. *K* 40.—, Dinar 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—. Probehefte gegen Portoersatz.

Zahlungen aus **Deutschland, Polen** und **Ungarn** können auch in Mark, bzw. u. *K*, zum Tageskurse umgerechnet, an unsere dortigen Zahlstellen erfolgen. Zahlungen aus dem **übrigen Auslande** werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da wir das Blatt an die valutaschwachen Länder unter den Gestehungskosten liefern.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 29139

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 10. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Oktober 1923.

Interne Medizin.

Die Indikationen zum Aderlaß

stellt Prof. O. Heß (Köln) in einem ausführlichen Sammelreferat zusammen:

1. Vergiftungen mit Kohlenoxyd, Leuchtgas, Veronal, Kampfgas, Kohlensäure usw. Hier ist nachfolgende Kochsalzinfusion angezeigt. Bei Eklampsie spielt der Aderlaß (bis zu 1 l) neben beschleunigter Entbindung und Lumbalpunktion eine hervorragende Rolle. Ein Versuch ist angezeigt bei Salvarsanschädigung (Enzephalitis), zweckmäßig mit nachfolgender Normosal- oder Traubenzuckerinfusion unter Zusatz von etwas Adrenalin.

2. Herz- und Gefäßerkrankungen. In erster Linie bei Stauungen im Kreislauf und Lungenödem. Solche Stauungen sieht man bei stenokardischen Anfällen, Asthma cardiale, Mitral- und Aortenfehlern, Emphysem, chronischer Bronchitis und bei akuter Nephritis. Ausgiebiger Aderlaß (500 ccm) und eventuell nachfolgende Strophantininjektion (¼ bis ½ mg) bringt Erleichterung für längere Zeit. Beim Lungenödem Pneumonischer wirkt der Aderlaß oft lebensrettend, doch ist er im Beginn des Lungenödems anzuwenden.

3. Bei Infektionskrankheiten wird jetzt wieder reichliche und wiederholte Blutentziehung empfohlen, doch ist Verfasser Gegner dieser weiten Empfehlung. Nur bei der Pneumonie — wie erwähnt — wirkt der Aderlaß gut, und auch da nur zur Bekämpfung des drohenden Ödems. Nicht anzuwenden ist er beim reinen Vasomotorenkollaps; hier wirken eher wiederholte venöse Zucker- und Normosalinfusionen mit geringem Suprareninzusatz günstig.

4. Nierenkrankheiten. Der Aderlaß ist (neben der Lumbalpunktion) das souveräne Mittel in der Behandlung des ausgesprochenen urämischen Anfalles, und auch gegen die Ödeme wirkt er gut. Bei den chronischen Hypertonien (benigne Sklerose, chronische Nephritis, Präsklerose) leistet der wiederholte (alle acht bis zwölf Wochen 300 bis 400 ccm) Aderlaß in Kombination mit der übrigen, besonders der Herztherapie häufig sehr gute Dienste. Bei derartigen, kardiovaskulär bedrohten Kranken soll man lieber einmal zu oft als zu selten zu Ader lassen; vielleicht kann man so eine Hirnblutung hinausschieben.

5. Blutkrankheiten. Bei Polycythaemia rubra ist der Aderlaß neben Röntgenbehandlung das wirskamste Verfahren. Bei Chlorose ist der Wert zweifelhaft. Beim hämolytischen Ikterus ist ein Versuch angezeigt.

6. Bei exsudativen Entzündungen der Haut und anderer Organe hat Luithlen den Aderlaß in Verbindung mit Injektion von Eigenserum eingeführt. Es kommen in Betracht: Pruritus, Urtikaria, Furunkulose, Akne, Erythema exsudativum multiforme usw.

Eine Gefahr sieht Verfasser in der Empfehlung des Aderlasses beim Klimakterium, bei Krebs, Arteriosklerose und bei gynäkologischen Leiden. Es darf nicht sein, daß der Aderlaß wieder als Allheilmittel gepriesen — und dann verschrien wird.

Der arterielle Aderlaß ist wohl nur bei Kindern mangels guter Venen zu empfehlen.

Die Menge des zu entnehmenden Blutes richtet sich nach der Gesamtkonstitution und dem jeweiligen Zustand des Kranken. Sie wird im allgemeinen beim Erwachsenen zwischen 400 bis 800 ccm schwanken. Wo größere Blutentnahme nicht angängig ist, hat man zuweilen mit dem „unblutigen Aderlaß" gute Erfolge. Durch „Abbinden der Extremitäten" können dem Kreislauf 3/4 bis 5/4 l Blut entzogen und so ein erhöhter Venendruck herabgesetzt werden. Noch stärker wirken Aderlaß und nachfolgendes Abbinden, besonders bei Lungenödem und Dyspnoe. Das Abbinden kann stundenlang durchgeführt werden; die Umschnürung ist dann langsam zu lösen. (D. m. W. Nr. 29/30, 1923.)

Coma diabeticum — Therapie.

Wenn bei erhöhter Azidose im Anschluß an eine Infektion, einen akuten Magendarmzustand, nach einem operativen Eingriff, im Puerperium und dergleichen präkomatöse Symptome (gesteigerte Pulsfrequenz, unruhiger Schlaf, Kopfschmerzen, stärkerer Durst, Appetitmangel und Andeutung tieferer Inspirationen) auftreten, verordnet Lauritzen (Kopenhagen) sofort Bettruhe, allgemeine Ruhe, Wärmekruken, alle 15 Minuten einen Teelöffel Natr. bicarbon. in Wasser (manchmal gleichzeitig Magnesia), Mixtura amaro-alkalina, Kampferinjektionen und ein Abführmittel (Sennestee, eventuell noch Klysma). Sind Puls und Atmung wieder normal geworden, so wird Natron nur mehr halbstündlich und dann stündlich gereicht, weniger Kampferinjektionen oder Kampfertropfen gegeben. Bei Herzschwäche Digalen oder Strophantin (½ bis 1 mg) venös. Ist Somnolenz bereits eingetreten mit starker Unruhe, Bauchschmerzen, Erbrechen, so ist Heilung nur mehr dann möglich, wenn es gelingt, andauernd Alkalien zuzuführen (venös meist erfolglos) und die Diurese durch häufige Kampferinjektionen und Theozin in kleinen Dosen (0.2) in Gang zu bringen. Keine Narkotika oder Sedativa!

Die Bettruhe muß mindestens vier Wochen dauern. An den ersten ein bis zwei Tagen wird keine Nahrung, höchstens Kognak oder Whisky mit Wasser verdünnt, gegeben. Hierauf, durch ein bis zwei Tage Hafersuppe von 50 bis 100 g Hafer ohne andern Zusatz als etwas Salz und Zitronensaft, dann außerdem einmal Fleischsuppe mit Gemüse und Gemüsegericht mit 10 g Butter ein- bis zweimal; langsamer Übergang zu gemischter Gemüsekost durch allmähliches Ersetzen des Hafers durch mehrere Gemüse und Kompotte und kleine Zulagen von Butter und Speck.

Als komaauslösend sind zu meiden: plötzlicher Übergang zu kohlehydratarmer oder fettreicher Kost, plötzliches Weglassen großer Alkalidosen, körperliche Überanstrengungen. Bei interkurrenten Infektionen und Gravidität Diätwechsel und eventuell Alkalien geben. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1923.)

Ein deutsches salinisches Abführsalz.

Bei den jetzigen Verhältnissen in Deutschland wird man oft Badereisen durch häusliche Trinkkuren ersetzen und auf ausländische Mineralwässer verzichten müssen. Prof. Kionka (Pharmakologisches Institut, Jena), macht darauf aufmerksam, daß im Homburger Salz ein billiges salinisches Abführmittel in den Handel kommt, das allen Anforderungen entspricht und bei Magen-, Leberleiden und Obstipation zu empfehlen ist. Neben 79% Kochsalz enthält das Homburger Salz fünf Teile Glaubersalz, neun Teile Bittersalz, Kieselsäure, Kalksulfat usw. Ein gehäufter Teelöffel des Homburger Salzes in einem Weinglas Wasser gelöst, ergibt eine Flüssigkeit, deren Zusammensetzung der Kissinger Rakoczy-Quelle sehr nahe steht. Das Homburger Salz ist nicht hygroskopisch und kann daher in einfacher Pappeverpackung abgegeben und lange aufbewahrt werden. Das Salz wird auch in Form von Pastillen (mit 10% Salzgehalt) und von Karamellen (5% Salzgehalt) abgegeben. (D. m. W. Nr. 25, 1923.)

Der günstige Einfluß der Glaubersalzquellen auf Diabetes mellitus

(Karlsbad, Mergentheim u. a.) wird durch die Untersuchungen von Arnoldi und Roubitschek (Klinik Kraus, Berlin) wissenschaftlich begründet. Nach dem Trinken des Wassers (Karlsbader Mühlbrunnen) sinken Blutzucker und Glykosurie deutlich, die Azetonurie nimmt im Beginn der Trinkkur zuweilen zu, sinkt aber dann sichtlich ab. Die alveolare Kohlensäurespannung fällt zunächst, um später während der Besserung entsprechend der Abnahme der Blutazidosis anzusteigen. Systematische Untersuchungen des Blutplasmas auf Alkalireserve nach van Slyke zeigten bei Diabetikern nach täglichem Trinken von 150 cm³ Mühlbrunnen eine regelmäßige Zunahme derselben, während bei Gesunden die Alkalireserve unverändert blieb. Der Anstieg beginnt zuweilen schon am dritten Tage der Trinkkur und schon nach zwei bis drei Wochen können parallel mit dem Rückgang der Azidosis normale Werte erreicht sein, und zwar auch in Fällen, bei denen es diätetisch nicht gelang, die Kohlehydratbilanz zu heben. Um den Alkalibestand des Organismus nicht nur zu heben, sondern auch für längere Zeit auf dem höheren Niveau zu fixieren, ist es zweckmäßig, die Trinkkuren periodisch, mehrmals im Jahre zu wiederholen, wobei es vollkommen ausreicht, täglich ein- bis zweimal 150 bis 200 cm³ Mühlbrunnen zu genießen. Größere Mengen belasten das Herz und zeigen keine bessere Wirkung.

Auch auf den Fettstoffwechsel konnte ein günstiger Einfluß der Brunnenkuren nachgewiesen werden. Zur Erklärung dieser Tatsachen werden kolloidchemische und elektrolytische Vorgänge herangezogen. (M. m. W. Nr. 22, 1923.)

Kapillarlähmung im Darm bei Infektionskrankheiten.

Im Jahre 1913 beschrieb Göppert folgende Darmveränderung: „Extremste Erweiterung der kapillären Bluträume ohne entzündliches Ödem und ohne Infiltration mit Leukozyten". Die untersuchten Därme stammten von Meningitiskranken Kindern, die unter eklamptischen Krämpfen, Bewußtlosigkeit und Eiseskälte der Haut in den ersten Tagen der Hirnhautentzündug gestorben waren. Limper (Univ.-Kinderklinik, Göttingen) konnte ein ganz analoges Bild bei Grippe von Kindern und Erwachsenen feststellen. Etwa 6 bis 14 Tage nach dem Beginn der Grippe (zuweilen nach schon erfolgter Besserung) treten Temperatursturz, Blässe mit lokaler Zyanose um den Mund ein, kleiner oder gar nicht fühlbarer

und mit Herzmitteln nicht beeinflußbarer Puls, Krämpfe und Dickerwerden des Leibes; eine halbe bis einige Stunden später Exitus. Es handelt sich um anaphylaktischen Shock durch reichlichen Bakterienzerfall, wodurch die Kapillaren des Darmes gelähmt werden; die Obduktion zeigt — wie oben gesagt — Blutüberfüllung ohne Entzündungszeichen. In milderer Form tritt ein ähnlicher Zustand bei vielen Infektionskrankheiten (besonders Grippe) häufiger ein: vermehrte und schleimhaltige Stühle, die ohne diätetische Maßnahmen mit dem Abklingen der Grundkrankheit wieder schwinden: „parenteraler Darmkatarrh". (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 142, H. 5/6, 1923.)

Die Kieselsäuretherapie bei Lungentbc.,

von älteren Autoren schon lange empfohlen, hat bekanntlich in letzter Zeit auf Kühns Anregung („Ars Medici" 1919, S. 47 und 363. — 1920, Seite 196 und 343. — 1921, S. 485) größere Verbreitung erlangt. Auch Düll (Heilstätte Wasach) lobt sie in einer neueren Arbeit. Wenn sie auch gewiß kein Heilmittel der Tuberkulose darstellt, so sah er doch bei einer großen Zahl produktiver, zur Vernarbung neigender Fälle den Auswurf rascher schwinden und den ganzen Heilungsprozeß sich beschleunigen, besonders bei Kombination mit Tuberkulin. Bei 24 Fällen versuchte er Kieselsäureinjektionen, dieselben erwiesen sich jedoch als ungeeignet. Nur die orale Verabreichung ist zu empfehlen. Als solche kommt zunächst in Betracht der von Kühn empfohlene und nun weit verbreitete Tee (Rp: Herba equiseti minor. 75, Herba Polygoni 150, Herba Galeopsidis 50. Dreimal täglich eineinhalb Eßlöffel mit zwei Tassen einkochen auf eine Tasse Tee). Der Tee ist bekömmlich und hat nur zwei Nachteile: die umständliche Zubereitung und den ungleichmäßigen Kieselsäuregehalt der Pflanzen je nach Alter, Bodenbeschaffenheit, Aufbewahrung usw. — Es sind nun verschiedene Kieselsäureverbindungen mit konstanter Zusammensetzung in den Handel gebracht worden: 1. Silikol-Tabletten (Lecin-Werk Dr. Ernst Laves, Hannover), eine kolloidal lösliche Kieselsäure enthaltende Eiweißverbindung. Dreimal täglich eine Tablette; wird immer gut vertragen. 2. Silistren (Bayer), eine organische Siliziumverbindung, stellt eine gelbliche visköse Flüssigkeit dar von angenehmem Geruch und süßem Geschmack. Dreimal täglich 20 bis 30 Tropfen in Wasser; besonders für die Kinderpraxis geeignet. 3. Die Firma Landshoff & Mayer in Grünau stellt eine 1%ige wässerige Lösung kolloidaler Kieselsäure her, von der man drei- bis fünfmal täglich je 10 cm³ gibt. Das Präparat wird ausnahmslos ohne Störungen vertragen. (D. m. W. Nr. 25, 1923.)

Über Kombinationstherapie.

Von J. E. Kayser-Petersen (Klinik Prof. Treupel, Frankfurt a. M.).

Eine potenzierende Wirkung im Sinne von Bürgi erzielt man durch Kombination von Morphin + Atropin, Skopolamin + Chloralhydrat oder Luminalnatrium, Opium + Belladonna, Morphiumpräparaten + Antipyretika oder Analgetika, Brom + Medinal oder Urethan, Opium + Luminal + Chloral, Kodein + Veronal + Phenazetin.

Eine Kombination von Mitteln aus derselben Gruppe, wie z. B. Antipyrin + Pyramidon oder Phenazetin + Laktophenin hat keinen Sinn. Hingegen ist ein ausgezeichnetes Antineuralgikum die Kombination von Phenazetin + Aspirin + Kodein nach Treupel.

Eisen + Arsen sind oft wirksamer als jedes Mittel für sich. Ebenso Arsen + Strychnin.

Zweckmäßig ist die Kombination von Digitalis mit Strophantus, Kampfer, Koffein und Diuretika. Vielumstritten ist die Kombination von Digitalis + Chinin. Die toxischen Nebenwirkungen der Digitalis können durch Kalzium gedämpft werden (S i n g e r).

Bei schwerster Dekompensation ist die beste Therapie: Zunächst Ruhigstellung durch Karellkur mit Morphium + Atropin-Injektionen und hierauf Strophantin venös + Novasurol muskulär.

Potenzierend wirken Gemische von salinischen und Hg-haltigen Diuretika. Durch eiweißreiche Kost wird die Wirkung der Diuretika erhöht.

Vorteilhaft sind auch die Kombinationen von Jod + Theobromin, Strophantus + Baldrian, Adrenalin + Hypophysin, Atropin + Papaverin, Chinin + Salvarsan (bei Malaria), Chinin + Ag colloidale (bei Sepsis). (Die Ther. d. Gegenw., H. 6, 1923.)

Die Phrenikotomie bei Lungentbc.

wurde nach Prof. S a u e r b r u c h in seinen Kliniken in München und Zürich an mehreren hunderten Fällen von Lungenkranken durchgeführt und kritisch nachgeprüft. Die Phrenikotomie lähmt das Zwerchfell, das beträchtlich in die Höhe rückt, seine normalen Eigenbewegungen verliert und die Lunge, namentlich im Unterlappen mäßig komprimiert. Die Brusthöhle und mit ihr die ganze Lunge werden eingeengt und deren Atemschwankungen nehmen ab. Der Eingriff ist vor allem eine wichtige Hilfsoperation, bringt oft weitgehende Besserung, die ein bis zwei Jahre anhält, ist aber nicht imstande, fortgeschrittene Tbc. zu heilen. Von 60 Fällen, die nur phrenikotomiert wurden, wurden 17 mehr oder weniger gebessert, keiner geheilt. Um so wertvoller ist die Phrenikotomie zur Unterstützung weiterer operativer Therapie. S. verwendet sie grundsätzlich vor jeder extrapleuralen Thorakoplastik, ferner stets in Verbindung mit dem künstlichen Pneumothorax; dann zur Verkleinerung von Empyemresthöhlen und schließlich bei Herzbeschwerden, die durch Zerrung des Organs infolge Schwartenbildung entstehen. Als selbständige Operation bei Lungentbc. kommt die Phrenikotomie nach obigen Resultaten nicht mehr in Betracht.

Um eine wirkliche radikale Unterbrechung der Zwerchfellinnervation zu erzielen, wird nach F e l i x die Phrenikoexhairese gemacht: Der Nerv wird an typischer Stelle durchtrennt und sein peripherer Anteil vorsichtig und langsam aus dem Brustkorb herausgedreht, wodurch mit dem Hauptstamme alle Nebenäste entfernt werden. (M. m. W. Nr. 22, 1923.)

Ist Skorbut infektiös?

P e s c h i c (Belgrad), der im Jahre 1917 eine große Skorbutepidemie (2100 Fälle) genauer studieren konnte, kommt zu dem Resultat, daß Skorbut eine Infektionskrankheit mit einem im Darm lebenden Erreger und Übertragung durch Faezes, verunreinigte Hände usw. sei. Sehr auffällig erfolgte die Verbreitung von Mann zu Mann; als eine skorbutkranke Kompagnie unter andere Regimenter aufgeteilt wurde, brach bei allen diesen gehäuft Skorbut aus. Auch unter den Etappentruppen, die bessere Ernährung genossen, stellte sich Skorbut ein, sobald sie mit erkrankten Mannschaften in Berührung kamen. Diese Beobachtung steht also mit unserer heutigen Anschauung in Widerspruch, nach welcher Skorbut eine reine Avitaminose ist, bedingt durch einförmige, ungenügende Ernährung und den Mangel an frischem Gemüse, gewissen Säuren und Salzen. (Ztschr. f. klin. Med. Bd. 97, H. 1/3, 1923.)

Die Tuberkulose als Organsystemerkrankung.

Von Prof. E. Löwenstein (Ges. d. Ärzte in Wien, 23. Juni 1923).

Im ersten Stadium der Lungentbc. sind in zirka 2%, im zweiten Stadium in zirka 10% und im dritten in zirka 30% der Fälle Tbc.-Bazillen im Blute nachweisbar. Selbst bei klinisch scheinbar Gesunden können zeitweise Tbc.-Bazillen im Blute zirkulieren, um z. B. nach einem Trauma zu einer metastatischen Tbc. zu führen. Tierversuche zeigten, daß die Bazillen so rasch nach der Infektion ins Blut gelangen, daß man von einer primären Bazillämie sprechen kann. Beim erwachsenen Europäer kommt es nur ausnahmsweise zu einer Miliartbc. Im strömenden Blut vermehren sich die Bazillen sicher nicht, sondern bleiben in den Endkapillaren irgend eines Organs stecken. Ist dasselbe gegen Tbc. nicht immun, so erkrankt es und bei längerer Dauer der Erkrankung entstehen Metastasen in gleichartigen Geweben. Es erkranken sympathisch z. B. auch das andere Auge, die zweite Niere usw. In 90% der Fälle bleibt so die Tbc. auf ein bestimmtes Organsystem beschränkt (Lunge oder Knochen und Gelenk oder Haut usw.). Bei Knochen- und Nierentbc. ist die Lunge gewöhnlich sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch frei von Tbc. Am deutlichsten ist dies bei der Hauttbc., beim Lupus, wo neue tuberkulöse Metastasen immer wieder nur in der Haut und fast nie in anderen Organen (Lunge usw.) auftreten. Erfolgt das erste Depot in tuberkulös unempfindlichen Organen (quergestreifte Muskulatur, Schilddrüse), so resultiert keine Erkrankung, vielleicht sogar eine Erhöhung der Allgemeinresistenz. Möglicherweise gelten diese Gesetze auch für andere Bakterien und Antigene. (W. kl. W. Nr. 31, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Adipositas dolorosa (Morbus Dercum).

Die Kardinalsymptome sind 1. allgemeine Adipositas mit meist umschriebenen Fettansammlungen, die auf Druck und Pressen (im Gegensatz zu den Gelenken, Muskeln und Nervenpunkten) enorm schmerzhaft sind, 2. Adynamie, Zeichen von Hypothyreoidismus (Blässe, Kältegefühl, Obstipation, Hyphidrosis, Haarausfall, Hypotonie), psychisch-nervöse Störungen (Depression, Reizbarkeit usw.). Meist handelt es sich um Frauen im oder nach dem Klimakterium. Verwechslung mit Rheumatismen, Neuralgien u. dgl. ist häufig. Salizyl, Antineuralgika u. dgl. sind völlig wirkungslos, hingegen Thyreoidin (drei- bis viermal 0.1 täglich) meist prompt erfolgreich. (Prof. H. Curschmann, M. Kl. Nr. 27, 1923.)

Gastrische Krisen — Behandlung.

Bei gleichzeitiger Magensyphilis spezifische Therapie. Sonst noch: Warme Umschläge, absolute Diät, Opiate, Chloroformwasser, Morphin (cave Morphinismus!). Späterhin lakto-vegetabilische Diät, häufige, kleine Mahlzeiten. Während der Krisen und im Anschlusse daran zirka zwei Wochen Bettruhe. Von Medikamenten werden noch empfohlen:

Rp:	Atropini sulfurici	0.003
	Morphini hydrochlorici	0.03
	aquae destillatae	100.00

D. S. Drei- bis fünfmal täglich ein Kaffeelöffel vor dem Essen zu nehmen.

Ferner Klysmen mit:

Rp: Chlorati hydrati
Natrii bromati aa 2.50
aquae destillatae 15.00
D. S. 3 bis 4 cm^3 zu einem Mikroklysma.

Die Dosis richtet sich nach dem Körpergewicht. Ist dieses über 68 kg, so kann 4.0 gegeben werden. Der hiezu verwendete Nelatonkatheter ist zirka 15 cm weit einzuführen. Zwei bis drei Klysmen im Tage, wenn nötig. (Journal des practicieus, 14. Juli 1923.)

Der Kokainismus

ist seit dem Kriege auch in Deutschland, vor allem in Berlin, vorwiegend in Form des Kokainschnupfens ein verbreitetes Laster geworden. E. Ioël (Städt. Krankh. Moabit in Berlin) widmet ihm eine eingehende klinische Studie. Das Kokain ist in Päckchen zu 5 bis 7 cg im Schleichhandel, zur Hälfte meist mit Milchzucker, Borsäure o. dgl. vermengt. Schon bald nach Einnahme einer Prise entsteht eine heitere, sentimentale, träumerische Stimmung mit gesteigertem Selbstbewußtsein, Mitteilungsbedürfnis und Betätigungsdrang. Gehör- und Gesichtssinn sind geschärft, Geruch und Geschmack herabgesetzt. Die Libido ist flüchtig erregt, um bald einer sexuellen Impotenz zu weichen. Objektiv findet man Tachykardie, Mydriasis, die Haut blaß und feucht, die Lippen trocken und borkig, Tremor der Hände und ganz besonders tikartige Zuckungen des Unterkiefers. Ein diagnostisch wichtiges Frühsymptom sind kleine Septumulzerationen, die bald zum teilweisen oder totalen Septumschwund mit Deformation der Nase führen.

Durch wiederholtes Schnupfen kann dieses euphorische Stadium mit seinen bunten Vorstellungsbildern und dem Redestrom tagelang ohne Schlafbedürfnis aufrechterhalten werden, um aber dann in ein halluzinatorisches Rauschstadium mit völligem Stimmungswechsel überzugehen. Der Kokainist wird ängstlich, überaus reizbar, ruhelos, von Gewissensbissen und optischen und akustischen Halluzinationen verfolgt. Manche durchjagen im Delir fluchtartig die Straßen, fühlen sich elektrisiert, sehen sich in Flammen usw. und reagieren schließlich auf die Wahnbilder nicht selten mit bösartigen Handlungen. Manche kupieren dieses Stadium durch reichliche Veronaldosen. Die Erinnerung an die Erlebnisse im Kokainrausch ist im Gegensatz zum Alkoholrausch erhalten. Dieselbe fällt in das dritte oder depressive Stadium, das dem „Katzenjammer" des Alkoholikers sehr ähnelt.

Die Prognose ist für Kokainschnupfer günstiger als bei Morphinismus, da es eine eigentliche Gewöhnung nicht gibt. Vor allem muß der Kranke aus seinem Milieu entfernt werden. Autor sah Fälle, die außerhalb von Berlin beschwerde- und wunschlos das Kokain entbehrten, um demselben nach Rückkehr in ihren alten Kreis sofort wieder zu verfallen. Die ärztliche Verschreibung von Kokain aus unbegründeter Furcht vor Ausfallserscheinungen oder zur Entwöhnung von Morphinisten oder als ständiges Nasenspray für Heuschnupfer u. dgl. ist unbedingt zu meiden. Von den Apotheken sind gesetzlich Belege für die Ausgabe von Kokain (Rezeptaufbewahrung) zu fordern. Es sollten nur so viele Kokablätter eingeführt werden dürfen, als unbedingt für den noch weiter reduzierbaren medizinischen Konsum erforderlich sind. (M. Kl. Nr. 24, 1923.)

Migräne — Luminal.

Prof. J. Strasburger (Med. Poliklinik, Frankfurt) weist auf die vielen Analogien zwischen Migräne und Epilepsie hin und hat dement-

sprechend seit Jahren bei Migräne Luminal angewendet. Der Erfolg war ausgezeichnet. Bei wochen- und monatelanger Gabe von 0.1 g täglich (auf einmal abends oder auf zwei Dosen täglich verteilt) wird die Zahl und Schwere der Anfälle in überraschender Art herabgesetzt. Hebung des Allgemeinbefindens und erhöhte Leistungsfähigkeit der Migränekranken ist die weitere Folge. Nach Aussetzen des Mittels stellen sich gewöhnlich nach einiger Zeit wieder Anfälle ein. Man kann das Luminal in dieser Dosis ohne Schaden monatelang geben; eine Patientin des Verfassers nimmt es jetzt schon seit zwei Jahren. Die Wirkung des Luminals bei Migräne ist gleich der bei Epilepsie anscheinend eine spezifische. Eine Erhöhung der Dosis wird im Laufe der Zeit nicht notwendig; im Gegenteil, bei manchen Kranken konnte nach einiger Zeit die Tagesdosis ohne Beeinträchtigung der Wirkung etwas herabgesetzt werden; unter 0.05 pro die ist allerdings kein Erfolg zu erwarten. Die einzige unangenehme Nebenwirkung, über die zuweilen geklagt wird, ist eintretende Verstopfung; man muß dann hie und da ein Abführmittel verordnen. (Klin. Wschr. Nr. 34, 1923.)

Neuralgien.

Prof. H. Curschmann (Rostock) bringt einige wertvolle diagnostische und therapeutische Winke. Die Diagnose einer Neuralgie soll erst dann gestellt werden, wenn schmerzhafte Erkrankungen anderer Organe und Gewebe (z. B. Migräne, myogener Schwielenkopfschmerz, Nebenhöhlen-Empyeme, Syphilis, Tumoren, zervikale Spondylitis, Angina pectoris, Aortenaneurysma, Tabes, multiple Sklerose, Koxitis, Spondylitis, Glaukom, Plattfuß usw.) ausgeschlossen werden können. Diagnostisch wichtig für Neuralgie ist der Nachweis von Nervendruckpunkten und Hypästhesien (seltener Hyperästhesien) im betreffenden Nervengebiet.

Bei Ischias liegen die sensiblen Störungen (Hyp- und Parästhesien) meist an der Außenseite von Unterschenkel und Fuß (N. cutan. surae lat.), nicht am Gesäß. Die wichtigsten Druckpunkte (meist spontan schmerzhaft!) sind am Foramen ischiadicum, neben dem Kreuzbein, hinter dem Capitulum fibulae und hinter dem äußeren Knöchel. Das Heben des gestreckten Beines ist sehr schmerzhaft (Ischiasphänomen). Fehlen des Achillessehnenreflexes ist prognostisch ungünstig.

Eine nicht seltene Neuralgie ist die Meralgia paraesthetica, brennende Schmerzen bei stets nachweisbarer Hyperästhesie meist im Bereiche des N. cutan. femor. lat. an der Vorder- oder Außenseite des Oberschenkels. Man forsche nach Inguinalaffektionen (Bubonen, Funiculitis).

Die Interkostalneuralgie ist häufig Folge oder Begleitsymptom eines Herpes zoster. Sonst sind meist tabische oder spondylitische Wurzelschmerzen oder Pleuritis die Ursachen. Eine Form derselben ist die Neuralgie der Mamma (Mastodynie), der meist ein Knötchen, ein Adenom zugrundeliegt.

Die Hodenneuralgie ist zumeist das Produkt einer Genitalaffektion, einer Nephrolithiasis oder einer Erkrankung der lumbalen Wurzeln.

Die **Therapie** hat vor allem die Ursache zu berücksichtigen. Vor allem ist Diabetes auszuschließen! Bei Neuralgien in regelmäßigen Intervallen ist an Malaria zu denken. Symptomatisch sieht man von Brom-Jodkuren namentlich bei Ischias treffliche Erfolge: Rp. Natr. iodat. 5.0 Natr. bromat. 10.0, Aq. ad 200.0, dreimal täglich ein Eßlöffel.

Bei Trigeminusneuralgie bewähren sich unter anderem Trigemin, Ätherspray auf den Nervendruckpunkt, Chlorylen (Inhalation und per os), Novokain-NaCl-Injektionen. Man hüte sich vor Extraktion gesunder Zähne.

Bei Ischias bewähren sich am besten folgende Injektionen in den Nerven nach I. Lange: Rp. Eukain B. 1.0, Natr. chlorat. 8.0, Aq. dest. 1000.0. Davon injiziert man 50 bis 100 cm³ mit mindestens 10 cm langer Kanüle zwischen Tuber ischii und Trochanter, womöglich an besonders schmerzhafter Stelle, tief hinein in den Nerven; heftiger Schmerz bis in Unterschenkel und Fuß beweist, daß er getroffen ist. Oft ganz rasche Erfolge; nicht selten sind mehrere Injektionen nötig. Alkoholinjektionen sind bei gemischten Nerven zu meiden. (M. m. W. Nr. 23, 1923.)

Die paroxysmal exsudativen Syndrome.

So benennt Bolten (Haag) mit einem Sammelnamen alle Erkrankungen, die auf flüchtigen Ödemen verschiedener Organe beruhen, und bei denen die Ätiologie oder zumindest die Prädisposition eine angeborene ist. Die verschiedenartige Symptomatologie dieser Leiden hat dazu geführt, daß sie eigene Krankheitsnamen haben, aber nach Verfasser (übrigens auch nach Charcot, Strümpell u. a.) gehören sie derselben Gruppe an, haben dieselbe Ätiolgie und reagieren gut auf die gleiche Therapie. Es gehören hieher: das flüchtige Hautödem, die Urtikaria, die Schleimhautödeme (Urticaria interna), der Hydrops articulorum intermittens, die genuine Migräne, das Heufieber, die genuine Epilepsie, das genuine Asthma, die Colica mucosa und die Dysmenorrhoe. Alle Patienten mit einem oder mehreren dieser Leiden weisen noch andere vasomotorisch-trophische Störungen auf, wie Akroparästhesien, lokale Synkope (tote Finger), leichte Zyanose der Hände und Finger, Hyperidrosis, trophische Störungen an Nägeln, Haaren und Zähnen. Ferner finden sich bei ihnen oft „vegetative Stigmata", wie erhöhte Dermographie, Globus und Beklemmungsgefühl, Vagusdruckreflex, schnelles Erröten und Erblassen und besonders Hypereosinophilie; auch pflegen die Kranken dieser Gruppe an „Hypothermie" zu leiden, das heißt leicht zu frieren und kalte Füße zu haben. Idiosynkrasien (gegen Chinin, Antipyrin, Phenazetin, gegen Erdbeeren, Fische u. dgl.) sind häufig. Zwei Patienten des Verfassers zeigten Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß und bekamen nach jedem Genuß desselben (auch wenn sie in den Speisen keine Eier vermuten konnten) als Zeichen einer Urticaria interna Magenschmerzen, Erbrechen und Mattigkeit. So wie bei diesen Idiosynkrasien das zugeführte Medikament oder Nahrungsmittel offenbar infolge verlangsamten Abbaus eine toxische Wirkung ausübt, so dürften bei allen Kranken dieser Gruppe Zwischenprodukte des intermediären Stoffwechsels verlangsamt ausgeschieden werden und vergiftend wirken. Die Ursache der verlangsamten Ausscheidung ist aber ein Versagen der Schilddrüse und der Nebenniere, deren Produkte beim Gesunden stoffwechselbeschleunigend wirken. Dementsprechend konnte Verfasser bei allen Kranken dieser Gruppe durch orale Zufuhr von Thyreoidin und Adrenalin (0.5 mg täglich) stets Besserung erzielen. Für manche Formen (Adrenalin bei Asthma) ist diese Wirkung ja schon bekannt. Welches von beiden Mitteln im speziellen Falle zu wählen ist, muß ausprobiert werden; im allgemeinen sah Verfasser bei Frauen mehr Erfolg vom Adrenalin, bei Männern vom Thyreoidin, doch kam auch das Umgekehrte vor; bei schwerer Dysmenorrhoe half sowohl Adrenalin als Schilddrüsenpräparate.

Die Tatsache der Zusammengehörigkeit dieser Krankheitsformen wird auch dadurch bewiesen, daß mehrere Formen bei einem Kranken auftreten, und daß dann die einzelnen Ausbruchsformen sich gegenseitig vertreten können. Leidet ein solcher Kranker an Asthma und Migräne, so bleiben bei gehäuften Asthmaanfällen die Migräneanfälle aus; oder bei Gicht und Epilepsie sistieren während der Gichtschmerzen die epileptischen Anfälle. Der Körper sucht sich eben durch die paroxysmale Exsudation der Stoffwechselschlacken zu entledigen, und wenn ihm dies durch das gichtische Exsudat gelingt, erübrigen sich die epileptischen Anfälle. Interessant für die Erblichkeit dieser Krankheitsanlage sind Familiengeschichten, die Verfasser mitteilt, z. B.: Vater leidet an nervöser Hyperazidität, die älteste Tochter hat Idiosynkrasie gegen Fischeiweiß, die zweite Tochter Migräne und Gicht, die dritte Tochter Gicht, Asthma und Rhinitis vasomotoria, die vierte Tochter bekommt Urtikaria nach dem Genuß von Erdbeeren und Trüffeln, der Sohn leidet an Heufieber und Gicht. Überhaupt sind es sehr häufig Gichtikerfamilien, in denen diese Anlage zum paroxysmalen exsudativen Syndrom verbreitet ist. (D. Ztschr. f. Nervenh. Bd. 78, H. 3/6, 1923.)

Tetanie — Ammoniumphosphat.

Das saure Ammoniumphosphat [$(NH_4)H_2PO_4$] hat sich A. Adlersberg und Prof. O. Porges an der Klinik Wenckebach in Wien als einfaches, sicheres, leicht und angenehm zu nehmendes Mittel gegen Tetanie bewährt. Man läßt täglich 18 g des Mittels in 1 l Wasser mit etwas Zucker und Himbeersaft gelöst (fertig erhältlich in der Tiger-Apotheke, Wien IX., Alserstraße 12) trinken, notfalls auch mehr, um eventuell später auf ½ l zurückzugehen. Die Wirkung beginnt schon am ersten Tage, wird am Tag darauf sehr deutlich, um nach Aussetzen des Mittels in zwei bis drei Tagen abzuklingen. Die Tetaniesymptome werden vollständig beseitigt, namentlich sinkt rasch die galvanische Erregbarkeit. Das Mittel wird gut vertragen, beschleunigt manchmal den Stuhlgang, ohne aber stärkere Diarrhöen zu erzeugen. Das unmittelbare Absinken der CO_2-Spannung der Alveolarluft und der Alkalireserve des Blutes, sowie die bedeutend gesteigerte Phosphaturie beweisen, daß die Substanz resorbiert wird und vom Blute aus wirksam ist.

Bei Tetanie ist die freie CO_2 im Blute vermindert, so daß das Natr. bicarbon. desselben nicht mehr genügend neutralisiert wird; die Blutalkaleszenz steigt daher an, die Jonisation der Kalksalze wird dadurch zurückgedrängt und der Mangel an Kalkionen führt, wie schon lange bekannt, zur Tetanie. Durch Darreichung von Ammonphosphat wird die Blutazidosis am wirksamsten erhöht, indem es sich mit dem Natr. bicarb. des Blutes zu $NaCl$ und $(NH_4)_2CO_3$ umsetzt; aus letzterem entsteht Harnstoff, so daß die Blutalkaleszenz abnimmt. Auch durch kohlehydratfreie Kost, Muskelarbeit und Inhalation von CO_2 kann man die Blutazidosis steigern und Tetaniesymptome beseitigen. Umgekehrt wird durch Zufuhr von Alkalien Tetanie gesteigert. (W. kl. W. Nr. 29, 1923.)

Chirurgie.

Die Bluttransfusion.

Wie eine Umfrage der M. Kl. bei einer Reihe bedeutender gynäkologischer und chirurgischer Kliniken ergibt, wird die Bluttransfusion in

Deutschland viel sparsamer als in Amerika und hauptsächlich nur bei akuten schweren Blutverlusten angewendet. Berufsmäßige Blutspender kommen daher bei uns nicht in Betracht. Womöglich wird das Blut gleichgeschlechtlicher Blutsverwandter oder des Ehegatten verwendet, die frei sind von Lues (WaR!), Malaria und Tbc. Empfehlenswert ist die Prüfung auf Agglutination nach der Dreitropfenmethode von Nürnberger: Auf den Objektträger werden je ein Tropfen Empfänger- und Spenderblut mit einem Tropfen Ringerlösung gemischt. Zeigt das Mikroskop Agglutination, so ist der Spender unbrauchbar. Das schonendste und beste Verfahren ist die unmittelbare Überleitung des Blutes aus der Vene des Spenders in die Vene des Empfängers nach Oehlecker. Für den Praktiker ist es jedoch am einfachsten, 150 bis 400 cm³ zitriertes Blut mittels irgendeiner größeren Spritze in die Kubitalvene zu injizieren (Lösung: ein Drittel Blut, zwei Drittel 1% Natr. citric.). Bei Tubenruptur wird gewöhnlich das in die Bauchhöhle ergossene, durch Rühren mit einem Glasstab defibrinierte Blut in die Vene reinfundiert. Nur Opitz lehnt die Reinfusion ab. (M. Kl. Nr. 24, 1923.)

Zur Durstbekämpfung nach Operationen

erwies sich nach C. Wiethe das Cesol (Merck) an der laryngo-rhinol. Univ.-Klinik Prof. Hajek in Wien als zuverlässig wirksam. Vor einer größeren Operation an den oberen Luft- und Speisewegen wird subkutan Atropinschwefelsäure (Atrinal) injiziert, um größere Schleim- und Speichelsekretion während der Operation zu unterdrücken. Nach der Operation erhält Pat. 0.2 Cesol (in 1 cm³ Ampullen) muskulär (subkutan schmerzhaft!). Das Cesol ist ein Pyrinderivat, das durch Anregung der Speichelsekretion den Durst beseitigt und völlig frei ist von schädlichen Nebenwirkungen. Die Wirkung trat in allen Fällen prompt in einer halben Stunde ein und hielt zehn bis zwölf Stunden an. Nur ausnahmsweise mußte die Injektion wiederholt werden. (Vgl. „Ars Medici“ 1920, S. 108.) (W. kl. W. Nr. 29, 1923.)

Gummihandschuhe — Behandlung.

Für den praktischen Arzt haben Le Gall, La Salle und Brault einige Regeln aufgestellt, welche beim Gebrauch der Gummihandschuhe von Vorteil sind. Da die Heißluft- und die Dampfsterilisation für gewöhnlich nicht in Betracht kommen, empfehlen die Autoren bei aseptischen Eingriffen das halbstündige Auskochen der Handschuhe. Allerdings leiden letztere darunter ziemlich viel, auch greift das gemeinsame Auskochen von Handschuhen und Instrumenten den Nickelüberzug an, der sich darunter schwärzt. Für septische Operationen genügt die viel einfachere und billigere Formalindesinfektion der Handschuhe. Man gibt sie, in Gaze eingeschlagen, für 24 Stunden in ein Gefäß, auf dessen Boden ein mit der käuflichen Formalinlösung getränkter Wattebausch liegt. Zum Transport verwendet man eine geschlossene Metallbüchse, die ein bis zwei Pastillen Trioxymethylen enthält.

Beim Anziehen der Handschuhe soll man die Manchette (— besonders in der Geburtshilfe empfehlen sich längere Manchetten sehr, reißen aber auch leicht ein —) vorher zurückschlagen und mit der andern Hand die Handschuhfinger nicht berühren; desgleichen soll man mit der nackten Hand tunlichst den Teil der Handschuhe, der mit den Instrumenten in Kontakt kommt, nicht berühren. Nach dem Gebrauche sorgfältige Reinigung der Handschuhe mit Wasser und Seife, eventuell Alkohol, Trocknung beider Seiten und Einstaubung innen und außen mit Talk. Blutflecke lassen

sich durch Sodalösung leicht entfernen. Vaseline greift die Handschuhe an, ist daher zu vermeiden. Sorgfältige Händedesinfektion vor Anziehen der Handschuhe ist selbstverständlich. (Revue Bretonne obstet. et chirurg. prat. II. Jahrgang, Nr. 4.)

Über Lymphogranulomatose und deren Röntgentherapie

berichten Dozent Chaoul und Assistent Lange aus der Klinik Sauerbruch in München.

Die L. ist charakterisiert durch Granulationswucherung im bindegewebigen Anteil des gesamten Lymphapparates (sämtlicher Lymphdrüsen, Milz, Lymphbahnen der Lungen, Nieren usw.) unter Vernichtung des eigentlichen lymphatischen Gewebes. Die oft mächtig vergrößerten Drüsen zeigen zahlreiche eosinophile und Sternbergsche Riesenzellen, deren Nachweis die Diagnose sichert. Später werden die Drüsen kleiner und härter (narbige Schrumpfung). Der von Sternberg angenommene Zusammenhang mit Tbc. ist nicht sichergestellt. Wesentliche Blutveränderungen fehlen.

Klinisch entstehen unter hohem rekurrierendem Fieber ziemlich rasch Schwellungen namentlich der Halsdrüsen oder der mediastinalen oder Bauchdrüsen, meistens unter deutlichem Milztumor, oder die L. tritt von vornherein generalisiert auf. Im Beginn beobachtet man zuweilen pruriginöse und ekzematöse Ausschläge, trophische Störungen an den Nägeln und Diarrhöen. Zwischen den Fieberattacken können sich fieberfreie Zeiten einschieben mit kaum gestörtem Allgemeinbefinden. Fehlen sichtbare Drüsenschwellungen, so wird meist chronisches Rückfallfieber angenommen. Auch Typhus, Malaria, Sepsis und Osteomyelitis können differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Fieberhafte tuberkulöse Lymphome neigen zur Einschmelzung und Verkäsung. Lymphosarkome verwachsen miteinander und werden unbeweglich. Eventuell entscheidet die Probeexzision. Meist gehen die Kranken in zwei Jahren an zunehmender Kachexie zugrunde. Besonders bösartig pflegen die symptomenarmen und drüsenlosen Fälle zu sein. Doch wurden auch jahrelang anhaltende Spontanheilungen beobachtet.

Therapeutisch ist nur die systematische, protrahierte Röntgenbestrahlung in kleinen Dosen und mit großen Feldern von wirklichem Wert. Sie vermag vorübergehend die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und das Leben um Jahre zu verlängern. Bei folgender Technik wurde in zwölf Fällen durchschnittlich zweieinhalb Jahre anhaltende Rezidivfreiheit erzielt: In sämtlichen, auch nicht generalisierten Fällen wird der ganze Körper in vier großen Feldern (zwei vorne, zwei rückwärts) bestrahlt. Zuerst erhält jedes Feld täglich 10% der HED durch 1 mm Cu-Filter bei einem Fokushautabstand von 40 bis 45 cm. Nach jeder Sitzung zuerst einen Tag, dann zwei, dann sechs Tage Pause, so daß die Gesamtdosis für jedes Feld 60 bis 80% der HED beträgt, verteilt auf einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen. Innerhalb dieser Zeit verschwinden die Drüsen fast regelmäßig. Nach drei Monaten und nach einem Jahr wird die Serie einmal wiederholt. Bei diesem Verfahren werden Röntgenkater und stürmische Allgemeinreaktionen durch zu rasche Resorption der Tumormassen vermieden. (M. m. W. Nr. 23. 1923.)

Bei Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwüres

kommt nach Steichele (Nürnberg) alles auf schnelle Diagnose an. Die sofortige Operation ist natürlich anzustreben; erfolgt sie in den ersten zwölf Stunden nach dem Durchbruch, so beträgt die Mortalität nur 6%. Nach zwölf Stunden wird die Aussicht auf Genesung stündlich schlechter. Die Operation besteht in Übernähung der Perforation, Anlegung einer

Gastroenterostomie, Bauchtoilette und primärem Bauchschluß bei allen Fällen, bei denen eine diffuse eitrige Peritonitis noch nicht besteht. Bei günstiger Lage der Perforation und gutem Allgemeinbefinden ist die Magen- oder Duodenalresektion anzustreben.

In 90% der Fälle weist schon die Anamnese auf die richtige Spur, indem lange und oft vorher bestandene Magenschmerzen (besonders in Form von Magendruck) angegeben werden; diese Schmerzen sind nach unserer heutigen Anschauung durch krampfhafte Zusammenziehungen der Pars pylorica bedingt. Sehr selten wird die Perforation durch ein Trauma oder durch Magenüberfüllung bewirkt; ja umgekehrt ist es sicher nachgewiesen, daß die meisten Perforationen in den Nachmittagsstunden (4 bis 9 Uhr) erfolgen, also zu einer Zeit, wo nicht gerade die Hauptmahlzeit genommen zu werden pflegt. Eine auffallende und noch nicht erklärte Erscheinung ist es, daß nach übereinstimmenden Statistiken mehrerer Autoren sich die Perforationen im Frühjahr und Herbst häufen und im Monat November ihr Maximum erreichen. Unbestreitbar ist auch die starke Steigerung der Zahl der Perforationen in der Nachkriegszeit (bei Verfasser 1922 sechsmal so viele als 1914); neben der Unterernährung und schwereren Arbeit ist nach Verfasser auch der jetzt mehr verbreitete Nikotinabusus zur Erklärung heranzuziehen, wie überhaupt dem Tabakgenuß sicher eine magenschädigende Wirkung zukommt. Vor dem Weltkriege kam Perforation bei Frauen öfter vor als bei Männern, jetzt scheint sich das Verhältnis umgekehrt zu haben.

Ist schon durch die Anamnese eine Ulkusperforation wahrscheinlich geworden, so sichert das klinische Bild die Diagnose. Das erste und alarmierendste Frühsymptom ist der plötzlich auftretende kolossale Schmerz in der Oberbauchgegend, der selbst willensstarke Menschen sofort zusammenbrechen läßt. Zugleich nimmt das Gesicht einen angstvollen und dabei verfallenen Ausdruck (Facies hippocratica) an. Der Leib ist kahnförmig eingezogen, die ganze Bauchmuskulatur oder zumindest das Epigastrium bretthart gespannt. Die Magen- oder Duodenalgegend ist sehr druckempfindlich. Der perkutorische Nachweis von Luft in der freien Bauchhöhle gelingt selten; Erbrechen erfolgt in etwa einem Drittel der Fälle, blutiges Erbrechen fast nie. Temperatur und Puls sind nicht charakteristisch; jedenfalls lasse man sich durch guten Puls nicht zur Verzögerung der Operation verleiten.

So charakteristisch diese Symptome gleich nach der Perforation auf eine solche hinweisen, so leicht täuscht das Bild schon einige Zeit später. Das typische Bild verwischt sich, es bleibt nur die allgemeine Peritonitis übrig, und die sekundär eintretende Drukempfindlichkeit in der Ileozökalgegend verleitet zur Fehldiagnose „Appendizitis". Seltener wird fälschlich eine eingeklemmte Hernie oder dgl. diagnostiziert. Besonders zu warnen ist vor Morphiumgaben vor Feststellung der Diagnose; das Morphium verwischt das Symptomenbild ganz, man wird an der Diagnose irre und versäumt leicht den richtigen Zeitpunkt für die Operation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 124, H. 4, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Geburtsleitung bei den Deflexionslagen

bespricht Dozent A. Seitz (Gießen).

1. Vorderhauptslage. Wird bei noch hochstehendem und beweglichem Kopf die große Fontanelle als führender Punkt gefunden, so

ist die Diagnose „Vorderhauptslage" noch keineswegs berechtigt, sondern es liegt zunächst nur eine „Vorderhauptseinstellung" vor, die einer Umwandlung in Hinterhauptslage noch fähig ist, was man durch Lagerung der Frau auf die Seite der kleinen Fontanelle unterstützen muß. Auch die ausgesprochene Vorderhauptslage verschlechtert jedoch die Geburtsprognose für Mutter und Kind nicht wesentlich, wenn auch der abweichende Geburtsmechanismus eine verlängerte Geburtsdauer mit deren Folgen verursachen kann und die Weichteile der Mutter durch das ungünstigere Kopfplanum gefährdet werden können. Verfasser mußte nur in 10% der Vorderhauptslagen eingreifen. Eine Veranlassung zum aktiven Vorgehen gibt genau wie bei der Hinterhauptslage nur eine der üblichen strikten Indikationen seitens der Mutter oder des Kindes. Ist die Zangenentbindung unvermeidbar, so warte man ab, bis der Kopf seine Rotationsbewegung eine Strecke weit ausgeführt hat, und achte darauf, daß beim Zangenschluß durch leichtes Senken der Griffe die Löffel auf die kindlichen Wangen zu liegen kommen. Versuche zur Umwandlung in eine Hinterhauptslage, die eine Drehung des Kopfes bis um 180° erfordern, sind dem Praktiker entschieden nicht anzuraten; denn es sind oft unreife Früchte, die sich in Vorderhauptslage stellen, und ferner ist bei normalen Größenverhältnissen die Spontangeburt bei ruhigem Zuwarten immer möglich. Es kämen die Methoden von S c a n z o n i (Anlegen der Zange in der üblichen Weise, Drehung bis zur Querstellung der Pfeilnaht, danach erneutes Anlegen der Zange wie bei tiefem Querstand) und von L a n g e (Anlegen der Zange mit nach hinten gerichteten Löffelspitzen, Rotation und Entwicklung des Kopfes ohne erneutes Anlegen) in Betracht; aber diese Autoren selbst empfehlen die künstliche Rotation nur bei bereits erkennbarer Drehungstendenz des Kopfes oder bei strikter Indikation zur Entbindung. Wenn auch in der Hand des Geübten die künstliche Rotation (besonders mit der neuen Kielland-Zange) oft Gutes leisten mag, der Praktiker ist vor diesem Versuch zu warnen.

2. Die G e s i c h t s l a g e kann primär vorhanden sein; oft aber besteht zunächst eine Stirneinstellung oder eine Mittelstellung zwischen Stirn- und Gesichtslage. Da die Gesichtslage bekanntlich wesentlich günstiger ist als die Stirnlage, so soll man bei noch beweglichem Kopf die Frau auf die Seite des Kinnes lagern, wodurch das Kinn nach vorn gedreht werden kann. Es ist nicht zu vergessen, daß diese zweite Drehung sehr spät, erst am Beckenboden, zu erfolgen pflegt. Sollte sich ihr Eintritt verzögern, so kann, besonders wenn das Kinn nicht tiefer treten will, versucht werden, zwei in die Scheide eingeführte Finger über dem Kinn einzuhaken und dieses während der Wehe nach unten und vorne zu leiten. Bei der Gesichtslage ist der Damm durch das lange ausgezogene Hinterhaupt stark gefährdet und alle Gefahren sind erhöht, die im Verlaufe einer verlängerten Geburt aufzutreten pflegen. Trotzdem werden im allgemeinen die Gefahren dieser Lage stark überschätzt, und die G e s i c h t s l a g e i s t p r i n z i p i e l l a b w a r t e n d z u b e h a n d e l n. Alle Verfahren zur Umwandlung einer ausgebildeten Gesichtslage in eine Hinterhauptslage sind gefährlich; Uterusruptur, Nabelschnurvorfall, vorzeitige Plazentalösung, plötzlicher Kindestod können durch sie herbeigeführt werden. Nur in etwa 10% der Fälle wird die verlängerte Geburtsdauer die Entbindung erfordern. Auch dann noch ist jedoch vor einer Zangenanlegung am nicht völlig rotierten Kopf zu warnen, weil mit der Zange forcierte Drehbewegungen die mütterlichen Weichteile aufs schwerste gefährden; man versuche den völligen oder fast völligen Geradstand der Gesichtslinie durch die angegebenen Handgriffe manuell herbei-

zuführen. Ist die Zange nicht zu umgehen, so muß sie exakt am Kopfe adaptiert werden, das heißt die Kinngegend muß nach dem Zangenschloß sehen und die Löffel müssen auf dem Hinterhaupt liegen; das wird durch Anheben der Griffe vor dem Zangenschluß erzielt, und in dieser schräg nach aufwärts gerichteten Stellung verharrt die Zange während der ganzen Dauer der Extraktion.

3. Die Stirnlage ist von allen Kopflagen die unangenehmste Variante. Zunächst ist jedoch — wie oben erwähnt — die „Stirneinstellung" oft nur eine Übergangshaltung zur Gesichtslage und kann durch Lagerung auf die Kinnseite in eine Gesichtslage verwandelt werden. Eine ausgebildete Stirnlage liegt vor, wenn nach dem Blasensprung der Kopf tief im Becken, meist noch mit querstehender Pfeilnaht, und die Stirn als tiefster Punkt zu tasten ist. Hier ist allerdings der funktionierende Kopfumfang (der zygomatico-biparietale) der größte überhaupt mögliche, und die eigenartige Konfiguration des Kopfes zu einer Pyramide mit dem Kinn als Spitze sowie das in den Nacken geschlagene Hinterhaupt setzen den Dreh- und Biegungsbestrebungen des Geburtsaktes schweren Widerstand entgegen. Trotzdem empfiehlt Verfasser nach seinen Erfahrungen auch hier die abwartende Geburtsleitung als das Normalverfahren. Der Versuch, durch Rotation eine Hinterhauptslage herbeizuführen, ist wie bei der Gesichtslage gefährlich. Zu beachten ist, daß ein Grad von Beckenverengung, welcher bei der Hinterhaupts- oder Gesichtslage noch eine Spontangeburt gestattet, bei Stirnlage bereits zu einem unüberwindlichen Mißverhältnis führen kann; solche Fälle überweist der Praktiker lieber der Klinik. Überhaupt wird manchem Praktiker die Entscheidung, ob er bei Stirnlage eingreifen muß, erspart bleiben, weil diese Lage selten (1:5000 Geburten) ist. Die Zange sollte er jedenfalls hier nie anwenden; sie gefährdet Mutter und Kind zu sehr. Der bei längerem Zuwarten etwa eintretende Kindestod wiegt bei der Seltenheit solcher Fälle nicht zu schwer; das abgestorbene Kind ist dann zu perforieren, sobald eine Indikation zur Geburtsbeendigung von seiten der Mutter auftritt oder die Austreibung sich verzögert.

Ein Vorkommnis bildet bei Stirn- oder Gesichtslage ein fast absolutes Geburtshindernis, das ist die Rotation des Kopfes mit dem Kinn, bzw. mit der Nase nach hinten (dorso-anteriore Unterart). Man warte ab, solange das Kind lebt und der Zustand der Mutter es gestattet, weil sich doch noch einmal eine Spontankorrektur einstellen könnte. Fast immer aber wird man hier das tote oder auch lebende Kind perforieren müssen. Zangenversuche sind bei dorso-anteriorer Gesichts- und Stirnlage absolut kontraindiziert. (Klin. Wschr. Nr. 33, 1923.)

Novasurol bei Eklampsie.

Ulrich (Herrnhut) berichtet: Junge Gravida im fünften Monat, plötzlich Schwellung des ganzen Körpers vom Kopf bis zu den Füßen, Anurie; Scheide so verschwollen, daß jede Untersuchung unmöglich. Nach einigen Stunden eklamptische Krämpfe und Bewußtlosigkeit. Aderlaß ohne Erfolg. In seiner Verzweiflung machte er eine Novasurolinjektion (obwohl ihm die Bedenken der Kliniker gegen Novasurol bei Nierenleiden bekannt waren). Am nächsten Morgen Patientin noch bewußtlos, „schwimmt" aber in Urin. Zweite Novasurolinjektion. Zunehmende Besserung bei starker Diurese. Spontane Frühgeburt; völlige Heilung. Die Kranke wäre ohne Novasurol wohl sicher verloren gewesen. In verzweifelten Fällen ist daher ein Versuch mit Novasurol zu wagen. (D. m. W. Nr. 27, 1923.)

Ovarialtumoren bilden ein Geburtshindernis ziemlich selten,

nämlich nur dann, wenn sie im kleinen Becken fixiert oder eingekeilt sind. Sieber (Frauenklinik, Danzig-Langfuhr) beschreibt zwei mit besonderen Komplikationen verlaufene Fälle. Das erste Mal wurde das kindskopfgroße Ovarialkystom infolge der Wehen durch einen perforierenden Scheidenriß geboren, abgetragen, das tote Kind perforiert und extrahiert; es erfolgte Heilung. Im zweiten Falle rupturierte der Uterus; nach Exstirpation desselben und des Tumors samt den Adnexen der einen Seite genas die Frau ebenfalls.

Tastet man unter der Geburt einen im kleinen Becken fixierten oder eingekeilten Adnextumor, so wird man zunächst vorsichtige Repositionsversuche anstellen können. Führen diese nicht zum Ziel, so kommt die Ovariotomie in Frage, wenn möglich vaginal, sonst abdominal; in letzterem Falle muß man oft die Sectio caesarea machen, da man unter Umständen ohne Entleerung des Uterus gar nicht recht an den Tumor herankommt. Zu warnen ist vor forzierten Entbindungsversuchen, die zu schwersten unglücklichen Zufällen führen können, und vor bloßer Punktion der Zyste vom hinteren Scheidengewölbe aus. Die Punktion führt entweder gar nicht zum Ziele (multilokuläre Zysten) oder hat Infektion und Vereiterung des zurückgelassenen Zystensackes zur Folge. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 25, 1923.)

Die Pessartherapie der Retroflexio uteri

eignet sich, wie E. Runge (Berlin) hervorhebt, nur für unkomplizierte Fälle. Komplikationen wie entzündliche Adnexveränderungen oder peritoneale Adhäsionen, die den Uterus in der Retroflexio fixieren oder immer wieder in dieselbe zurückziehen, oder auch nur geringer Descensus vaginae werden durch die Pessartherapie nur verschlechtert. Hingegen wird nicht selten eine unkomplizierte Retroflexio durch längeres Tragen eines Pessars (mindestens zwei Jahre) sogar völlig behoben. Die Ligg. rotunda gewinnen Zeit sich allmählich zu verkürzen, der Tonus von Beckenboden und Uterusmuskulatur kann sich bessern. Die Wahl zwischen Operation (Verkürzung der ligg. rotunda nach Alexander-Adams: Nach einem Hautschnitt beiderseits in der Leistengegend wird das periphere Ende des Bandes aus dem Leistenkanal herausgezogen und nach Abschneiden des überflüssigen Stücks desselben sein Rest entsprechend fixiert) und Pessartherapie liegt bei der Patientin.

Zunächst muß der retroflektierte Uterus in Anteflexionsstellung gebracht werden. Mit zwei Fingern im hinteren Scheidengewölbe wird der Uteruskörper aus der hinteren Beckenhälfte herausgehebelt und hierauf von der äußeren Hand ganz nach vorne gedrängt, während die in der Vagina befindlichen Finger gleichzeitig schnell in das vordere Scheidengewölbe gleiten und von hier aus die Portio nach dem Kreuzbein zu verschieben. Gelingt die Aufrichtung in dieser Weise nicht, so hakt man eine Kugelzange an die vordere Muttermundslippe an und zieht den Uterus möglichst tief in die Scheide herab. Jetzt hebeln die Finger in der Vagina mit Unterstützung der äußeren Hand das Korpus möglichst weit nach vorne, bis es aus der hinteren Beckenhälfte herausgebracht ist, worauf man vorsichtig mit der Kugelzange die Portio nach hinten in die Kreuzbeingegend drängt. Eventuell wird der Versuch in Narkose wiederholt.

Die so hergestellte Anteflexio wird durch das Pessar (nach Hodge oder Fritsch) gesichert. Dasselbe wird vertikal mit der breiteren Krümmung nach vorne eingeführt und vor Erreichen des vorderen Scheiden-

gewölbes allmählich um 90° in die Horizontale rotiert. Dann geht man mit dem Zeigefinger unterhalb des Pessars ein und drückt die breite Krümmung um die Portio herum ins hintere Scheidengewölbe, wozu man eventuell das Pessar um 1 bis 2 cm aus der Vagina herauszieht. Jetzt stemmt sich die kleine Krümmung gegen die Symphyse und die große fixiert die Anteflexio. Man wähle ein möglichst kleines Pessar, das gerade seinen Zweck erfüllt, ohne herauszufallen und ohne zu drücken. Die Frau darf weder beim ruckartigen Niedersetzen noch beim Kreuzen der Beine das Pessar spüren. Der Koitus wird in keiner Weise behindert. Kontrolle am nächsten Tag ,ob das Pessar gut liegt. Dasselbe soll nach jeder Menstruation herausgenommen und gereinigt werden. Ist die Oberfläche rauh geworden, so muß es durch ein neues ersetzt werden. Nach zirka zwei Jahren vorsichtiger Versuch, ob die Anteflexio von selbst hält. (M. Kl. Nr. 24, 1923.)

Plazentaretention.

Drei Formen sind nach Traugott zu unterscheiden:

1. Verhaltung der gelösten Plazenta im Corpus uteri, das ist Placenta incarcerata. Sie wird verursacht durch zu frühzeitiges Drücken und Reiben des Uterus oder durch zu frühzeitige Sekalegaben, welche den Muttermund verengern. Seltener entsteht sie durch Über-Anteflexio, Tumoren, volle Harnblase.

2. Abnorme Haftung der ungelösten oder teilweise gelösten Plazenta (jedoch ohne Verwachsung): Placenta adhaerens; die Ursache ist übergroße, flächenhafte, dünne Plazenta oder ihr Sitz in einer Tubenecke oder in einem Horn oder Wehenschwäche des Uterus.

3. Abnorme Verwachsung der Plazenta mit der Uteruswand: Placenta accreta oder increta. Infolge Atrophie der Uterusschleimhaut (meist bei Mehrgebärenden) dringen die Zotten in die Uterusmuskulatur ein.

Therapie. Zunächst ist geduldiges Abwarten anzuraten; kein vorzeitiges Kneten und Reiben, kein vorzeitiger Credé oder vorzeitige Sekaleinjektion. Im allgemeinen kann man zwei- bis dreistündiges Warten empfehlen, bei Blutung muß natürlich früher eingegriffen werden. Wenn auch in einzelnen Fällen spontane Ausstoßung der ganzen Plazenta erst nach Tagen beobachtet wurde, so sind das doch Ausnahmen, und für gewöhnlich ist nach zwei bis drei Stunden eine Selbstausstoßung nicht mehr zu erwarten. Blutet es bei noch haftender Plazenta, so werden durch Massage und Reiben des Corpus uteri zunächst Uteruskontraktionen angeregt; dadurch kann der Blutverlust schon derart eingeschränkt werden, daß inzwischen die spontane Ablösung Fortschritte macht. Ferner komprimiert man die Aorta in Nabelhöhe durch die Faust oder durch Kompressorien (Modelle von Rissmann, Sehrt, Riediger); die dadurch bewirkte Ischämie des Uterus ist gleichzeitig auch ein Reiz zur Kontraktion. Auch die Diaplessie des Uterus (Beklopfen mit einem breiten Perkussionshammer oder Löffel) stellt einen kräftigen Kontraktionsreiz dar. Hilft das nicht, so ist eine intravenöse Injektion von 1 g Pituitrin (Pituglandol, Coluitrin oder dgl.) zu versuchen. Es schließt sich der Credé'sche Handgriff bei entleerter Blase am kontrahierten Uterus an. Mißlingt er, so gelingt meist die Wiederholung in Äthernarkose. Erst wenn das alles ohne Erfolg bleibt, schließt man in der gleichen Narkose die manuelle Plazentalösung an. Man warte mit dieser bis zuletzt, da erfahrungsgemäß die Infektionsgefahr eine große ist; anderseits darf natürlich nicht gezögert werden, bis die Frau ganz ausgeblutet ist.

Mit diesem Verfahren wird es stets möglich sein, eine Placenta adhaerens zu entfernen und die Blutung zu stillen. Anders ist es bei der

seltenen Placenta accreta. Man erkennt diese am Fehlschlagen aller obigen Maßnahmen; auch die manuellen Lösungsversuche führen in ausgesprochenen schweren Fällen nicht zum Ziele, da die eingeführte Hand nicht in eine spongiöse Schicht, sondern in die Zotten selbst oder in die Muskulatur gerät und eine Abschälung der Plazenta unmöglich ist. Es droht Zerreissung der verdünnten Uteruswand. Man mache sofort feste Uterus-Scheidentamponade und überführe die Frau zwecks Uterusexstirpation in eine Anstalt. Nur so kann man die meist Mehrgebärende ihren Kindern erhalten.

Ist bei Placenta adhaerens die Blutung nicht stark, drängt also die Zeit nicht, so kann man die Gabastonsche Methode („Ars Medici" 1920, S. 208, 499 usw.) versuchen. Mittels einer in die Nabelvene eingebundenen Spritze werden 300 cm³ Kochsalzlösung in die Gefäße der Plazenta unter Druck injiziert; durch die pralle Füllung der Gefäße löst sich die Plazenta leichter. Doch entsprechen die praktischen Erfolge dieses Verfahrens nicht ganz den theoretischen Erwägungen, und bei schwerer Blutung soll man mit solchen Versuchen keine Zeit verlieren.

Bei der Placenta incarcerata macht nach Beseitigung der Hindernisse (Entleerung der Blase, Aufrichtung des Uterus usw.) die Expression der gelösten Plazenta keine Schwierigkeiten. Die Kontraktion des inneren Muttermundes kann durch Morphiumgaben, Narkose und langsame schonende Erweiterung mit der Hand beseitigt werden. Keinesfalls dürfen bei dieser Form kontraktionsanregende Mittel gegeben werden. Bei abwartender Nachgeburtsleitung kommt diese Retentionsform kaum mehr zur Beobachtung. (Klin. Wschr. Nr. 31, 1923.)

Rückenschmerzen bei Frauen — Enteroptose.

Nach Händli ist Enteroptose in 60% der Fälle Ursache der im Rücken lokalisierten Ermüdungsschmerzen. Ein charakteristisches Symptom für Enteroptose ist der „Fallschmerz", der durch Aufheben der Bauchdecken im Stehen und plötzliches Fallenlassen derselben ausgelöst wird. (Mschr. f. Gebh., Jänner 1923.)

Unstillbares Erbrechen der Schwangeren — Behandlung.

Heurolag gibt ein bis zwei Klysmen (nach eventuellem Reinigungsklysma) von 2 bis 3 g Chloralhydrat auf 100 g Wasser, täglich, bis zum Eintritt von Schläfrigkeit. In diesem Augenblick läßt man die Patientin verdünnte Milch trinken. Nach vier bis fünf Tagen vorsichtige Rückkehr zur gewohnten Diät bei Weglassung des Chloralhydrats.

Auch Tropfklysmen mit Traubenzuckerlösung (23½ g auf 1 l Wasser) werden empfohlen. Rathery verordnet subkutane Infusion von 1 mg Adrenalin auf 250 g steriler physiologischer Kochsalzlösung.

Diese Methoden genügen in der Regel, so daß man es nicht nötig hat, auf die Verschreibung amerikanischer Ärzte zu greifen, welche Traubenzucker (15 bis 25 g auf 250 bis 300 aqua destillata sterilisata) venös einverleiben. Bei rein nervös bedingtem Erbrechen ist Milieuwechsel, Isolierung, Psychotherapie erfolgreich. (Journal des practiciens, 13. Juli 1923.)

A. Loschi hat in einigen Fällen unstillbaren Erbrechens Schwangerer Urotropin in 35%iger Lösung intravenös, und zwar 8 g (= 2.8 g Urotropin) mit sehr gutem Erfolge gegeben. (Annali di ostetricia e ginetologia, 30. April 1923.)

Hyperemesis gravidarum — Cholaktol.

Cholaktol (Fabrik Ivo Deiglmayr, München) ist nach Prof. Heinz hergestelltes „in feste Form gebrachtes" Pfefferminzöl und hat sich als

galletreibendes Mittel bei Cholelithiasis, Ikterus usw. gut bewährt (vgl. „Ars Medici" 1920, S. 435 und 1921, S. 477). In neuerer Zeit nun wurde von verschiedenen Ärzten verblüffende Wirkung des Cholaktols bei Hyperemesis gravidarum beobachtet. Auch Zimmermann (Erlangen) konnte diese Wirkung bestätigen. Auf viermal täglich drei Tabletten (diese sind wohlschmeckend und werden gern genommen) steht das Erbrechen prompt. Wenn einige Tage nach Aussetzen des Mittels sich neuerlich Erbrechen einstellt, wird es durch weitere Cholaktolgaben sofort wieder beseitigt. Prof. Heinz erklärt die Wirkung des Mittels bei Hyperemesis durch eine gelinde Reizung der Magenschleimhaut, welche den Brechreflex bei Schwangeren aufheben kann. Anderseits muß man sich aber auch in Erinnerung bringen, daß die Hyperemesis eine Störung des Stoffwechsels der Schwangeren anzeigt, deren Zentrum die Leber ist. Die Leber scheint bei solchen Kranken nicht mehr imstande zu sein, die Graviditätstoxine zu paralysieren. Da nun das Cholaktol die Funktion der Leberzellen stärkt, so könnte auch dadurch seine Wirkung beim Schwangerschaftserbrechen erklärt werden. (D. m. W. Nr. 22, 1923.)

Die Technik der Wendung

lehrt Prof. Opitz (Frauenklinik, Freiburg) die Studenten folgendermaßen: Man sucht mit der äußeren Hand den Steiß auf und dringt mit der inneren Hand bei geschlossenen Fingern sofort der äußeren Hand entgegen bis zum Steiß vor. Erst von diesem aus tastet man sich dem Oberschenkel entlang bis zu einem Fuß weiter. Dieser wird dann erfaßt und herabgezogen, einerlei ob es der obere oder untere (bei Querlage), bzw. der vordere oder hintere (bei Schädellage) ist. So vermeidet man sicher das Erfassen eines Armes. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 24, 1923.)

Pädiatrie.

Die alimentäre Intoxikation.

Von Prof. Finkelstein (Berlin).

Alle akuten Säuglingsdiarrhöen können zu Somnolenz, zerebrospinalen Reiz- und Lähmungssymptomen, toxischer Atmung (vertieft, beschleunigt, pausenlos), Oligurie und steilem Gewichtssturz infolge des Wasserverlustes führen. Dieses früher als Cholera infantum bezeichnete Krankheitsbild wird von der modernen Pädiatrie als Ausdruck eines Stoffwechselkoma wie bei Diabetes oder Urämie aufgefaßt, in dessen Mittelpunkt eine funktionelle Schädigung der Leber mit schwerer Azidose steht. Der den Zustand auslösende Wassermangel der Gewebe veranlaßte amerikanische Autoren, denselben als „Anhydrämie" zu bezeichnen (Mariott.) Die Hauptaufgabe der Therapie ist daher Ersatz der verloren gegangenen Flüssigkeit. Zunächst ist eine Hungerperiode unerläßlich, die aber nicht länger als 12 bis 24 Stunden dauern soll, welche Zeit völlig ausreicht, um den Darm herzustellen. Gleichzeitig wird Wasser oder Tee gereicht und Ringerlösung subkutan oder noch wirksamer und ungefährlich intraperitoneal infundiert. Als erste Nahrung nach zwölf Stunden eine mit 3% Gries oder Mondamin bereitete Suppe aus Buttermilch oder Molke ohne Zuckerzusätze. Man gibt erst zehnmal in 24 Stunden je 10 bis 20 g und steigt dann möglichst rasch, bis die Gewichtskurve horizontal wird. Dann wird als Heilnahrung Frauenmilch, Eiweißmilch zugefügt oder die Butter-

milch vorsichtig mit Buttermehlschwitze (Kleinschmidt) angereichert. Frauenmilch allein eignet sich als erste Nahrung nicht. (Jahresk. f. ä. Fortb VI, 1923.)

Asphyxie der Neugeborenen — Lobelin.

Th. v. Miltner (München) konnte die Asphyxie der Neugeborenen fast stets durch subkutane Injektion von 3 bis 6 mg Lobelin. hydrochlor. nach Reinigung der Atemwege prompt beseitigen. Lobelin erwies sich als ausgezeichnetes Mittel zur Anregung der Atmung. Wo es versagte, ergab die Obduktion intrakranielle Blutung oder Leberruptur. (Vgl. „Ars Medici" 1921, S. 255.) (Mschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. 62, H. 1/2, 1923.)

Die Brustdrüsenschwellung beim Neugeborenen

wird nur bei 5% aller Neugeborenen vermißt und ist nach neueren Forschungen (Halban, Basch, Knöpfelmacher) ein physiologischer Vorgang, der durch Hormonwirkung von der Plazenta her entsprechend der Entwicklung der mütterlichen Brust verursacht wird. Analoge Verhältnisse bestehen im Tierreich. Die Brustschwellung des Neugeborenen ist meist so gering, daß sie übersehen wird, und bildet sich dann spontan zurück. Einen interessanten Fall beschreibt Wieczorek aus der Königsberger Kinderklinik. Bei einem starken Neugeborenen hatten die Eltern drei Tage nach der Geburt wegen der Brustschwellung einen Arzt konsultiert; dieser dachte offenbar an entzündliche Vorgänge und verordnete Umschläge sowie tägliches Absaugen mit der Bier'schen Saugglocke. Als dann das drei Wochen alte Kind an die Klinik gebracht wurde, wies es beiderseits eine faustgroße Mamma auf, die auf Druck reichlich Milch entleerte. Die Mutter wurde angewiesen, die kindliche Brust in Ruhe zu lassen, worauf Schwellung und Milchsekretion in wenigen Tagen schwanden Der Fall bestätigt den Parallelismus zwischen Mutter- und Kinderbrust und lehrt neuerlich, daß der beste Anreiz zur Milchsekretion in kräftiger und regelmäßiger Absaugung besteht. (D. m. W. Nr. 28, 1923.)

Flavizid in der Kinderheilkunde.

Aus dem Kaiserin Auguste Victoria-Haus in Charlottenburg (Professor Langstein) berichtet Anny Edelstein-Halpern über rasche Heilung der Säuglingsintertrigo durch 1%igen Flavizidalkohol. Wenn das Mittel brennt (Rhagaden, freiliegendes Korium), verwendet man meist 1% Flavizidglyzerin. Bei diffusem Nässen erzielt man rasche Austrocknung. Insbesondere bei Neu- und Frühgeborenen ist das Mittel ausgezeichnet. Ferner werden alle Staphylodermien (Pustulosis, Furunkulose, infizierte Ekzeme, Impetigo) günstig beeinflußt. Nur bei den konstitutionellen, rein exsudativen Gesichtsekzemen ist Flavizid kontraindiziert. Das akut entzündliche infizierte Ekzem wird ein bis zwei Tage mit häufigen feuchten Flavizidumschlägen vorbehandelt, hierauf Verband mit 1% Flavizidsalbe, der nach 12 bis höchstens 24 Stunden gewechselt wird; bei Gesichtsekzem 1% Flavizidschüttelmixtur ohne Verband. Bei Nasen- und Rachendiphtherie und Diphtheriebazillenträgern Spülungen bzw. Gurgelungen mit Diphthosan, Einstreichen von 1% Flavizidsalbe in die Nase. Bei Stomatitis aphthosa, Soor und Angina Plaut-Vincent bewährt sich ausgezeichnet 1% Flavizidglyzerin, eventuell mit Zusatz von 3% Azetonchloroform als Anästhetikum. Ältere Kinder werden mehrmals täglich damit gepinselt, Säuglingen tropft man mehrmals mit einer Pipette einige Tropfen in den Mund. (M. Kl. Nr. 20, 1923.)

Neuralgien im Kindesalter

werden in den Lehrbüchern kaum erwähnt und scheinen doch nicht gar so selten zu sein. Reiche (Viktoria-Luise-Haus, Berlin) fand unter 1500 Kindern 17 Neuralgiekranke, davon vier im Alter von drei bis sechs Jahren, die übrigen 13 im Schulalter. Wenn man bei Kindern, die unter der Diagnose „Blutarmut" oder „Unterernährung" geführt werden, auf Nervendruckpunkte untersucht, wird man öfter Neuralgie finden. Vielleicht ist die Häufigkeit der Erkrankung jetzt im Anschlusse an die vielen Grippeepidemien gestiegen. Alle Lokalisationen, die beim Erwachsenen bekannt sind, kommen auch bei Kindern vor, besonders Trigeminus-, Okzipitalneuralgie und Ischias; meist sind mehrere Nerven ergriffen, z. B. Okzipitalis, Supraskapularis, Supra- und Infraspinatus. Neben Schmerzen in diesen Gegenden klagen die Kinder über Kopfschmerzen und zeigen Mattigkeit. Auffallend ist ihre große Blässe, wegen deren sie oft zum Arzt gebracht werden. Bei Kleinkindern ist die Diagnose natürlich erschwert. Wenn aber ein solches Kind bei allen Bewegungen des Kopfes sich wehrt, die Wirbelfortsätze nicht druckschmerzhaft sind, dagegen jeder Druck auf die Austrittsstellen der Nerven der Nackengegend äußerst schmerzhaft empfunden wird und dann auf Natrium salicylicum, Rheumasan und heiße Sandpackungen prompte Heilung eintritt, — so kann es sich wohl nur um eine akute Neuralgie gehandelt haben. Therapeutisch wirkt ebenso wie bei Erwachsenen Natrium salicylicum sehr günstig, daneben Hitzeanwendung. Bei zwei schwerkranken Kindern brachte Vakzineurinbehandlung Erfolg. Die Prognose der Neuralgien im Kindesalter scheint eine bessere zu sein als bei Erwachsenen. (Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 26, H. 1, 1923.)

Skorbut beim Brustkinde,

also bei ausschließlicher Brusternährung, wurde wiederholt beobachtet. Pogorschelsky (Breslau) stellt die Fälle aus der Literatur zusammen und berichtet über eigene Beobachtungen mit die Diagnose bestätigenden Röntgenaufnahmen. Ursache scheint das Fehlen zweier Stoffe in der Ernährung der Mutter zu sein: des Vitamins C (frisches Gemüse usw.), besonders aber auch des fettlöslichen Vitamins, also Mangel an frischer Milch, Butter und frischem Fett. Die Erscheinungen beim Säugling weichen zwar etwas von dem Bild des echten Skorbuts ab und reagieren nicht so prompt auf die antiskorbutische Therapie, dennoch weisen multiple Blutungen, Zahnfleischveränderungen und Spontanfrakturen auf die richtige Diagnose hin. Dazu kommt zuweilen besondere Empfindlichkeit gegen Infekte, die sich in multiplen Abszessen äußert. (Ztschr. f. Kinderh., Bd. 35, H. 5/6, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Über Blasen-Dermatosen (Pemphigus)

berichtet Prof. G. Stümpke (Hannover). Ätiologisch geklärt ist der P. syphiliticus bei Erblues, der P. neonatorum contagiosus (Staphylokokkeninfektion wie die Impetigo contagiosa des späteren Alters), ferner der P. neuroticus bei organischen Nervenleiden, der meist künstliche P. hystericus, der Schwangerschaftsherpes; ungeklärt hingegen der P. vulgaris und der P. acutus febrilis, der in wechselndem Verlauf nicht selten zum Tode

führt. Vereinzelt wurden in den anfangs mit klarem Serum gefüllten Blasen Diplo-, Strepto-, Staphylokokken, Spirochäten und andere Gebilde gefunden, meist sind aber Blasen und Blut steril. Die erste Eruption kann nach einer fieberhaften Angina, nach einem Trauma, einer Fingerverletzung u. dgl. erfolgen. Die infektiöse Ätiologie ist wahrscheinlich, jedoch nicht bewiesen.

Therapie: Bei frischem, universellem P. milde Puderapplikation, kurzdauernde Bäder, in subakuten Fällen Dauerbäder (Herzkontrolle!); bei größeren nässenden Wundflächen feuchte Umschläge mit Borwasser, essigsaurer Tonerde, ½% Resorzinwasser; gegen Krusten und sekundäre Ekzeme Salben mit Ichthyol, Tumenol-Ammonium; Liquor carb. deterg. (2 bis 3%). Arsen und Chinin per os geben keine eindeutigen Resultate; hingegen sind kleine venöse Neosalvarsandosen (0.3 bis 0.45) zu empfehlen, im subakuten Stadium alle fünf bis acht Tage 2 bis 3 ccm einer 2%igen Kollargollösung. In schweren herabgekommenen Fällen sind Infusionen von Normosal oder phys. NaCl ausgezeichnet. Die Proteinkörpertherapie zeigt keine besonderen Effekte.

Dem P. wesensverwandt, jedoch harmloser, ist die Dermatitis herpetiformis Duhring, ein unter heftigem Juckreiz in Schüben auftretendes polymorphes Exanthem (Papeln, Quaddeln, Pusteln, Exkoriationen), das jahrelang immer wieder rezidivieren kann und oft mit hoher Eosinophilie einhergeht. Auch hier sind Normosalinfusionen zu empfehlen. Im subakuten Stadium können auch Licht- und Röntgentherapie in Betracht kommen. (M. Kl. Nr. 30, 1923.)

Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze

machen sich in letzter Zeit von mehreren Seiten geltend. Gleichgültig, ob das Neosalvarsan mit Novasurol oder mit Cyarsal kombiniert wird, es scheint dadurch die Wirksamkeit des Salvarsans herabgesetzt zu werden, und anderseits scheinen sich üble Komplikationen leichter einzustellen. So haben sich Kolle (D. m. W. 1922), Galewsky (M. m. W. 1922), Sternthal (D. m. W. 1922), Evenings (D. m. W. 1923) und Novers (D. m. W. 1923) gegn die Mischspritze ausgesprochen. Neuerdings berichtet Memmersheimer (Hautklinik, Essen) über drei Fälle, die gegen die Mischspritze sprechen und innerhalb weniger Wochen beobachtet wurden. Im ersten Falle versagte die Mischspritzenkur im seronegativen Frühstadium; es schloß sich eine Lues ulcerosa mit Gelenk- und Lebererkrankung an. Im zweiten Falle trat nach Mischspritzenbehandlung Hg-Enteritis mit schwerer Hg-Stomatitis und Kieferklemme auf. Im dritten Falle blieb die Mischspritzenbehandlung bei einer Lues ulcerosa ganz wirkungslos, welche dann unter reiner Neosilbersalvarsantherapie prompt abheilte.

Bei Lues latens mag man eventuell noch die bequemere und schmerzlose Mischspritzenkur versuchen, bei jenen Fällen aber nicht, die eine intensive Salvarsanwirkung erfordern. (Derm. Wschr. Nr. 21, 1923.)

Zur beruflichen Luesinfektion.

Prof. Joh. Fabry (Dortmund) hatte folgenden Fall: Ein Kollege verletzte sich 3 bis 4 mm tief am rechten Zeigefinger mit dem Splitter eines Deckgläschens, auf das er zwecks Spirochätenuntersuchung Reizserum eines Primäraffektes gebracht hatte. Dabei war zweifellos spirochätenhältiges Sekret tief in den Finger gedrungen. Unter Lokalanästhesie wurde sofort mit dem Spitzbrenner die Verletzung tief ausgebrannt, so daß ein mindestens bis auf den Grund derselben reichender runder Defekt ent-

stand. Außerdem wurde der Finger durch zehn Minuten in einer Lösung von 0.45 Neosalvarsan (noch wirksamer wäre wegen der größeren Tiefenwirkung Silbersalvarsan) in 20 ccm Wasser gebadet und endlich noch die ausgebrannte Stelle mit Acid. carbol. liquef. (conc.) geätzt. Heilung der Wunde in drei Wochen. Wassermann dauernd negativ. Zur Sicherheit wäre noch eine venöse Neosalvarsaninjektion indiziert gewesen, doch wurde diese vom Kollegen abgelehnt. Keinesfalls aber wäre eine solche allein ohne die lokalen Maßnahmen ausreichend gewesen. Ihnen war die Verhütung der Infektion zu verdanken.

Leider werden die Berufsinfektionen häufig zu spät erkannt. Besonders heimtückisch und nicht selten sind die Verletzungen mit Injektionsnadeln, die bei Luetikern gebraucht wurden. Autor sah einen Kollegen und eine Hebamme, deren Finger amputiert wurden, nachdem der Schanker lange vergeblich als Panaritium behandelt worden war und obwohl sich bereits eine deutliche Sekundaria entwickelt hatte. Sind in solchen Fällen noch nicht zwei bis drei Wochen verflossen (WaR. noch negativ) so genügen vier bis sechs Injektionen à 0.3 Neosilbersalvarsan; spätere Fälle müssen wie Sekundärfälle behandelt werden.

Kleine Exkoriationen, Rhagaden, „Nagelwurzeln“ an den Fingern können die Eintrittspforte für die Luesinfektion abgeben, wenn man nicht mit Gummifingerling arbeitet (namentlich Gynäkologen!), oder diese Stellen durch Bepinseln mit Rp. Ichthyol 2.0, Resorcin. 0.5, Collod. 15.0, Aether sulfur. 12.5 nicht rasch zum Abheilen bringt.

Bei jeder auf Lues suspekten Verletzung verständige man jedenfalls sofort die Unfallversicherung, um dieser nicht den Einwand zu später Meldung zu geben. (M. Kl. Nr. 30, 1923.)

Partielles Ausbleiben eines Lues-Exanthems nach heißen Umschlägen

beobachtete Brüning (Berlin) bei einem 18jährigen Mädchen, welches die heißen Umschläge durch mehrere Tage wegen Schmerzen in der Gallengegend und wegen Adnexentzündung gemacht hatte. Ein dann aufgetretenes universelles makulo-papulöses Exanthem ließ scharf abgegrenzt die Partien frei, die mit Hitze behandelt worden waren. Die Erklärung scheint in der passiven Hyperämie der behandelten Gegend zu liegen, durch welche das gestaute Blut besser mit den Krankheitserregern fertig wird (vgl. „Ars Medici“ 1921, S. 413). Eine aktive Hyperämie scheint dagegen eher das Exanthem zu provozieren. Bekannt ist, daß chemische und mechanische Reize Syphiliseruptionen hervorrufen können. Es sei nur an die Plaques der Zunge und der Wangenschleimhaut bei Rauchern und Potatoren erinnert, vielleicht auch an die seborrhoischen Papeln im Gesicht und am behaarten Kopf oder an die Kratzeffekte am Hals bei Pediculosis, die sich häufig in Papeln umwandeln. Bei Heizern, Köchinnen usw. tritt infolge des thermischen Reizes das Exanthem oft nur oder am stärksten an Gesicht und Händen auf. Die Schwefelbäder in Aachen, Sinznach usw. stehen seit altersher im Rufe, das verborgene Lues-Virus lockern und Hauterscheinungen provozieren zu können, worauf dann die Kranken einer spezifischen Kur besser zugänglich werden. (Arch. f. Derm. u. Sy. Bd. 144, H. 1, 1923.)

Mit „Nadisan“,

einem neuen deutschen Wismutpräparat (Kalle & Co., Biebrich) erzielte Gutmann (Wiesbaden) bei 450 Luesfällen recht gute Erfolge. Er kombinierte die Nadisankur mit Neosalvarsan. Das Nadisan kommt in öliger Suspension in den Handel, von welcher man je 1 ccm (= 0.1 g des Salzes,

= 0.05 Wismuthmetall) jeden zweiten bis dritten Tag intraglutäal injiziert; in einer Kur 12 bis 14 Injektionen. Die klinische und serologische Wirkung ist stark, die Schmerzen an der Injektionsstelle sind etwas lebhafter als z. B. bei Bismogenol. Versuche des Verfassers mit intravenöser Nadisanzufuhr sind noch im Gange. (Derm. Wschr. Nr. 28/29, 1923.)

Psoriasis — Teer.

Die Allgemeinbehandlung der Psoriasis (Arsen, Röntgen, venöse Natrium-salicylicum-Injektionen) ist allein stets ungenügend. Das Hauptgewicht ist noch immer auf die lokale Therapie zu legen. Prof. Herxheimer (Frankfurt) hat in 30jähriger Praxis bei 500 Psoriasiskranken die Erfahrung gemacht, daß ebensogut oder besser als das allgemein verwandte Chrysarobin Teerpräparate wirken, deren Vorteile Billigkeit und geringere Beschmutzung bilden. Insbesondere drei solcher Mittel sind zu empfehlen: das Lithantrol, das Carboterpin und das Carboneol (Hirschapotheke, Frankfurt a. M.). Die beiden erstgenannten Präparate kann man in 10-, 20-, 30- und 50%iger Salbe verschreiben; die 50%ige kann der Apotheker sich dann herstellen, wenn er sich ein Lithantrolum, bzw. Carboterpinum spissum bereitet. Natürlich können beide Präparate auch in 5- bis 50%iger spirituöser Lösung angewendet werden. Die Wäsche wird bei Lithantrol wenig, bei Carboterpin etwas mehr verfarbt, doch lassen sich die Flecke auswaschen. Teerakne ist dabei sehr selten, Teerekzem oder Nephritis kam überhaupt nicht vor. Bei ganz inveterierten Plaques empfiehlt sich das Carboneol (dünne Einpinselung oder Salbe), das aber dunkel ist und die Wäsche verfärbt. (Klin. Wschr. Nr. 29, 1923.)

Urologie.

Nephritische Anurie — Röntgentherapie.

Stephan hat gezeigt, daß Anurie bei akuter Nephritis durch Röntgenbestrahlung der Nieren behoben werden kann. Die Wirkung ist aber nicht als Funktionsreiz auf das Glomerulusepithel aufzufassen, sondern nach F. Pordes (Wien) auf die Druckentlastung zurückzuführen, die durch die Zerstörung des entzündlichen Leukozyteninfiltrates mittels der Röntgenstrahlen erfolgt. Eine Reizwirkung durch kleine Röntgendosen ist, wie das Arndt-Schulz'sche Gesetz, überhaupt abzulehnen. (Aus einem Vortrag von Prof. G. Holzknecht-Wien am Münchener Röntgenologenkongreß. — M. m. W. Nr. 24, 1923.)

Phimosenoperation — Verband.

Revel empfiehlt folgendes (N. B. bei uns längst bekanntes! — Ref.) Verfahren: Knopfnähte, Fäden lang lassen; Einlegen eines sterilen Gazebausches rings um die Basis der Eichel derart auf die Nahtstelle, daß die Gaze in den Winkel (das heißt auf den Knopf) zu liegen kommt, den die Fäden miteinander bilden. Sie sind hiezu auseinanderzulegen und werden sodann über der Gaze nochmals geknüpft. Die Glans ist so mit einer Art Halskrause umgeben, welche die Nahtstelle schützt und gleichzeitig auch blutstillend wirkt. Diese Art von Verband ist nur bei kleinen Kindern nicht anwendbar. (Journal des practiciens, 14. Juli 1923.)

Über Prostatahyperthrophie.

Von Prof. Kielleuthner (München).

Pathologisch-anatomisch wurde durch genaueste Wägungen festgestellt, daß nach der Mitte der Fünfzigerjahre das Durchschnittsgewicht der Prostata rasch ansteigt, während das Normalgewicht derselben langsam absinkt, daß also nicht die Hypertrophie, sondern die Atrophie der Prostata im Greisenalter das Normale bedeutet. Die Hypertrophie geht nicht von der Prostata selbst, sondern von rudimentären periurethralen Drüsen aus, die adenomatös degenerieren und entweder die Urethra seitlich komprimieren, oder in Form des „Mittellappens“ in die Harnblase vorspringen und die Harnröhre ventilartig abknicken, so daß das Urinieren gerade bei stärkerer Blasenfüllung erschwert ist. Nicht die absolute Größe (Palpationsbefund), sondern das Verhältnis der Adenombildung zur Urethra ist für die Harnentleerung entscheidend.

Im Beginn besteht abnorm häufiger und heftiger Harndrang, besonders Nachts, wobei der Harn erst nach einiger Zeit nur tropfenweise abgeht. Tagsüber können die Beschwerden im Gegensatz zur Zystitis noch vollständig schwinden. Sie werden ausgelöst durch die kongestive Hyperämie der Beckenorgane des Nachts. Allmählich reicht die Kraft der Blasenmuskulatur nicht mehr aus, das Hindernis zu überwinden, es bleibt ein Restharn zurück, der nur mit dem Katheter entfernt werden kann, es kommt zur Hypertrophie und schließlich zur Dilatation. Ein Diätfehler, eine Erkältung, oft auch willkürliches Verschieben des Urinierens kann aber auch durch Entzündung, Ödem am Blasenausgang eine akute Retention auslösen, die nach dem Katheterisieren wieder zurückgeht oder aber chronisch wird, wenn ein Adenom das Harnröhrenlumen verstopft hat. Spontanes Urinieren wird unmöglich, oder es fließt nur von Zeit zu Zeit etwas Harn aus der überfüllten Blase ab (Inkontinenz, Ischuria paradoxa). Der erschwerte Übertritt von Harn in die Blase führt zur Stauung in den oberen Harnwegen und damit zu den Symptomen der chronischen Urämie: Appetitlosigkeit, trockene Zunge, Widerwille gegen Fleisch, Aufstoßen, Abmagerung, Hautjucken, Schlaflosigkeit, unstillbarer Durst, Kältegefühl, Hypertonie (200 mm Hg und mehr). Durch Dauerkatheterismus können alle diese Symptome, im Gegensatz zu Diabetes insipidus oder Schrumpfniere, beseitigt werden. Die Urämie kann direkt zum Tode führen oder es kommt mit oder ohne Katheterismus zur eitrigen Infektion der gestauten Harnwege und damit rasch zur tödlichen Pyelonephritis. Der hohe Blutdruck kann auch schwere Blutungen auslösen.

Diagnostisch ist nur der positive Rektalbefund beweisend. Die Prostata kann den Mastdarm so stark vorwölben, daß man sie mit dem Finger gar nicht umgreifen kann. Das Prostataadenom hat die charakteristische Konsistenz elastischen Gummis. Pat. liegt am Rücken mit entleerter Blase, die Beine gespreizt und etwas angezogen. Man führt den rechten Zeigefinger ins Rektum ein und drückt mit der andern Hand die meist dünnen Bauchdecken tief über der Symphyse ein. Man kann dann leicht zwischen den Fingerspitzen wie einen Uterus die vergrößerte Drüse, einen Mittellappen, selbst einen mittelgroßen Stein fühlen. Gleichzeitig exprimiert man das Prostatasekret; bei Prostatitis zeigt das Mikroskop charakteristische große Zellen mit stark lichtbrechenden Körnern und reichlich Lymphozyten und Eiter. Mittels weichen Katheters (Vorsicht, Blutungen!) bestimmt man die Menge des Restharns. In Zweifelsfällen entscheiden Zystoskopie und Röntgenaufnahme der mit schattengebender Flüssigkeit gefüllten Blase.

Therapeutisch muß im Frühstadium alles vermieden werden, was zu Kongestion im kleinen Becken führt (Obstipation, langes Sitzen

auf Pölstern, weiche Bettunterlagen, geschlechtliche Exzesse, Erkältungen durch kalte Füße, Sitzen auf kalten Steinen und dergleichen.). Bei nächtlichem Harndrang soll Pat. aufstehen und einige Zeit im Zimmer umhergehen, worauf er meist leicht wird urinieren können. Lauwarme Sitzbäder mit aufsteigenden Duschen sind oft nützlich. Bei stärkeren Reizzuständen Narkotika in Suppositorien oder Mikroklysmen. Bei akuter Retention ist lokale Blutentziehung am Damm oft erfolgreich. Medikamente, die die Drüse verkleinern, gibt es nicht. Einlegen von Sonden zur Dehnung der Harnröhre und Röntgentherapie sind meist völlig erfolglos und nicht ungefährlich. Von einer Prostatamassage ist nur bei Prostatitis Besserung zu erwarten. Zum Katheterisieren eignet sich am besten der Tieman-Katheter. Er gelangt am leichtesten in die Harnblase und ist durch Kochen sterilisierbar. Auch Seidenkatheter mit Mercierkrümmung sind verwendbar, Metallkatheter hingegen unbedingt zu meiden. Bei bereits erhöhtem intravesikalem Druck darf wegen der Gefahr schwerer Blutungen der Harn nur allmählich (anfangs nur ½ l) und sehr langsam (dünner Katheter) entleert werden. Stellen sich hiebei Schmerzen ein, so muß sofort sistiert und durch Einspritzen steriler Flüssigkeit der Druck wieder erhöht werden. Spülungen sind meist nur bei chronischer Zystitis notwendig; bei akuter Zystitis werden in der entleerten Blase 10 bis 20 cm³ einer 2 bis 5% Kollargollösung deponiert. Ein Verweilkatheter (weicher Gummi, nicht zu großes Kaliber) muß alle zwei bis drei Tage gewechselt werden, wobei jedesmal die Harnröhre mit einem Desinfiziens durchgespült wird. Das Auge des Verweilkatheters muß gerade über der Blasenmündung liegen, denn er kann nur dann seine gute Wirkung (Ruhigstellung der Blase) entfalten, wenn der Harn tropfenweise abfließt. Sind obige Katheter nicht einführbar, so wird median oberhalb der Symphyse die Punktion mit kapillarem Troikart eventuell mehrmals täglich vorgenommen. Als Radikaloperation kommt heute nur die perineale oder sakrale Ausschälung der den Harnabfluß behindernden Adenomknoten in Betracht. Die Prostata selbst, die ja nie hypertrophiert, bleibt also zurück, colliculus seminalis und vasa deferentia werden nicht verletzt, so daß die Potenz erhalten bleibt und im Ejakulat lebende Spermatozoen sich finden können. Ebenso bleibt der Sphinkterverschluß erhalten; denn dieser Muskelapparat umschließt ja die Prostata, kommt also gar nicht ins Operationsgebiet. Die Methode ist also zugleich radikal und konservativ, sie verbürgt vollständige Heilung und erhält die Prostata. Die Mortalität beträgt 6 bis 10%. Zur Vermeidung von Epididymitiden kann als Vorbehandlung die beidseitige Unterbindung der Samenstränge vorgenommen werden (Steinacheffekt!). Die Operation ist vor allem indiziert, wenn der Restharn ½ l erreicht; bevor noch eine Stauung in den oberen Harnwegen eingetreten ist. Die Pat. blühen auf, ersparen den gefährlichen Selbstkatheterismus und Steinbildung in der Blase hört auf, da der Restharn beseitigt ist. (Jahresk. f. ä. Fortb., IV., 1923.)

Bei Verletzungen der männlichen Harnröhre

stellt M. Jastram auf Grund seiner Erfahrungen an 21 Fällen folgende Grundsätze auf: In frischen, nicht infizierten Fällen mit voraussichtlich geringer Gewebszertrümmerung Einführung eines weichen Dauerkatheters unter strenger klinischer Beobachtung. Gelingt die Einführung nicht, so ist selbst bei ungestörter Miktion der äußere Harnröhrenschnitt auszuführen. Letzterer ist auch bei lokaler Infektion und bei voraussichtlich weitgehender Gewebszertrümmerung angezeigt. Bei jeder Harnröhrenverletzung soll die vollständige zirkuläre Naht der Harnröhre (über dem Katheter —

Ref.) angestrebt werden. Bei bereits ausgebildeter Striktur äußerer Harnröhrenschnitt, Resektion und Naht. Bei schwerer Infektion des Harnapparates Zystoskopie vorausschicken. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 177, H. 1—2.)

Eine einfache Methode zum Fixieren des Verweilkatheters

gibt H. Heuß (Klinik Unger, Berlin) an: Ein fingerdickes Gummidrain von 15 bis 20 cm Länge wird der Länge nach beiderseits durchschnitten, auf der einen Seite ganz, auf der anderen Seite soweit, daß eine 2 bis 3 cm breite Brücke an einem Ende erhalten bleibt, die beide Drainhälften zusammenhält. Diese werden nun beiderseits am Penis angelegt und durch zirkuläre Touren fixiert. Das aus der Harnröhre herausragende Katheterende wird in die Brücke eingelegt und der vordere rinnenförmige Drainteil um den Katheter herum festgeknotet, ohne dessen Lumen zu verengern. (M. m. W. Nr. 17, 1923.)

Augenheilkunde.

Chloräthyl gegen Ziliarschmerzen.

Ebenso wie bei Neuralgie bewährt sich nach Reitsch (Hirschberg) Chloräthyl auch bei ziliaren Augenschmerzen infolge von Keratoiritis, Iritis, akutem Glaukom oder Panophthalmie. Es wird ein mit Chloräthyl befeuchteter Wattetupfer auf das fest geschlossene Augenlid aufgelegt und das Verfahren nach Bedarf mehrmals wiederholt. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. Bd. 70.)

Stomato-, Laryngo- und Otologie.

Akute Nebenhöhlenentzündungen

behandelt man nach Vogel (II. Laryngol. Klinik, Berlin) konservativ. Der Kranke muß zu Hause bleiben und bei Fieber Bettruhe einhalten. Die wichtigste Behandlungsart ist Wärmeapplikation, am besten mit dem Brüningschen Kopflichtkasten, welcher vier elektrische Lampen mit Hohlspiegeln enthält und eine Wärme von 90 bis 100° erzeugt. Kann dieser Apparat nicht beschafft werden, so macht man ein Kopfdunstbad: durch ein großes Tuch wird der Kopf ringsum abgeschlossen, und über einen Topf mit heißem Wasser gebeugt läßt der Kranke die aufsteigende Wärme auf Gesicht und Kopf einwirken. Diese Wärmeapplikation (Kopflichtkasten oder Kopfdunstbad) ist dreimal oder noch öfter täglich anzuwenden. Abends folgt darauf in den ersten Tagen eine allgemeine Schwitzkur: 0.5 bis 1.0 Aspirin. heißer Flieder- oder Lindenblütentee und trockene Ganzpackung. Nach etwa einer Stunde ist der Kranke kühl abzuwaschen, trocken zu reiben und mit neuer Wäsche in ein frisches Bett zu legen. Bei alten Leuten, Arteriosklerotikern, Herz- und Nierenkranken sind die Wärmeprozeduren natürlich mit Vorsicht und nur in allmählich steigendem Grade anzuwenden. — Alkohol, Kaffee und Nikotin sind während der Behandlung zu meiden, bei Bedarf ein Abführmitel zu geben; gegen stärkere Kopfschmerzen

Aspirin, Pyramidon, Phenazetin. — Zur Verbesserung des Sekretabflusses aus den Nebenhöhlen empfehlen sich schleimhautanämisierende Mittel, wie Menthol in Form von Schnupfpulver oder 5- bis 10% Mentholöl oder Kokainpinselungen, welche in 10%iger Lösung vom Arzt mittels watteumwickelter Sonde zweimal wöchentlich vorzunehmen sind. Ferner lasse man eine den Abfluß fördernde Körperlage einnehmen, bei Stirnhöhlenerkrankung mit erhobenem Kopf, bei Kieferhöhlen- und Siebbeinentzündung mit horizontal nach der Gegenseite geneigtem, bei Keilbeinhöhlenerkrankung mit vornübergebeugtem Kopf. Zur Verflüssigung zäher, eingedickter Sekrete hat sich Jodkali in kleinen Dosen sehr bewährt (10 g auf 20 g Wasser dreimal täglich nach dem Essen fünf bis zehn Tropfen). Bei sehr reichlicher Sekretion kann zwecks Reinigung der Nase ein- oder zweimal täglich von einer Nasenspülung Gebrauch gemacht werden. Man bedient sich dazu eines kleinen Spülkännchens oder der hohlen Hand, aus welcher man physiologische Kochsalzlösung durch die Nase nach hinten zieht.

Bei Chronischwerden der Nebenhöhlenerkrankung ist Punktion und Spülung durch den Facharzt angezeigt. (Klin. Wschr. Nr. 32, 1923.)

Herpes zoster im Bereiche des äußeren Ohres.

Eine Kasuistik von Haymann zeigt, daß 45% aller Fälle von Ohrzoster mit Störungen der Akustikusfunktionen und meist auch mit einseitiger Fazialislähmung einhergehen, bedingt durch die Lokalisation des infektiösentzündlichen Prozesses in den Ganglien des VII. und VIII. Hirnnerven. (Ztschr. f. Halskrkh. usw., Bd. 1, H. 3 bis 4.)

Otogene Meningitis — Vuzin lumbal.

In einem nahezu verlorenen Fall, der sich trotz Ausräumung des Warzenfortsatzes verschlimmert hatte, gelang es Huenges, veranlaßt durch eine Publikation von Zimmermann, durch intralumbale Injektion von 10 cm^3 einer Vuzinlösung 1:500 Heilung zu erzielen. (Arch. f. Ohrenhk., 110, H. 1.)

Kein Karbolglyzerin bei Otitis media acuta!

Nach Birkholz kann das Karbolglyzerin durch Ätzwirkung schweren Schaden stiften. Reines Glyzerin oder gewisse in der Volksmedizin übliche Öle wirken ebenso schmerzlindernd, ohne zu schaden. Otalgan ist nicht wirksamer. (Arch. f. Ohrenhk., 110, H. 2 und 3.)

Seligmann behandelte eine trockene Trommelfellperforation, die durch Einträufeln von 5% Karbolglyzerin entstanden war. Der Versuch, die Perforation durch Anätzen mit Trichloressigsäure zum Verschluß zu bringen, blieb ergebnislos und führte beim drittenmal unmittelbar zu schwerer Labyrinthreizung. (Ztschr. f. Halskrkh. usw., Bd. 2, H. 3 und 4.)

Die Mortalität der Mittelohreiterungen.

Nach Hoffmann zeigt die Statistik von 6837 Mittelohreiterungen der Erlanger Klinik in den Jahren 1911 bis 1921 38 Todesfälle. (Arch. f. Ohrenhk., 110, H. 2 bis 3.)

Nach dem von Schittler veröffentlichten Obduktionsmaterial der Basler Ohrenklinik von 1898 bis 1917 ist die Lebensgefahr bei akuter Mittelohreiterung im Verlaufe von akuten Infektionen oder Tbc. sehr gering. Viel

häufiger sind Todesfälle im Verlauf der mit Cholesteatom komplizierten chronischen Mittelohreiterung. Die unkomplizierte chronische Mittelohreiterung ist ungefährlich. (Ztschr. f. Halskrkh. usw., Bd. 2, H. 1 bis 2.)

Radiologie.

Zur Vor- und Nachbehandlung bei der Röntgenbestrahlung.

Von Prof. H. Wintz (Univ.-Frauenklinik Erlangen).

Bei klimakterischen Blutungen ist vor der Bestrahlung eine Abrasio vorzunehmen, wenn auch nur der leiseste Verdacht auf Ca. vorliegt. Eventuell wird das Präparat in 10% Formalinlösung an das nächste Laboratorium geschickt. Vor Bestrahlung eines Gebärmutterkrebses wird durch Bariumdurchleuchtung und Palpation festgestellt, ob nicht durch entzündliche Adhäsionen Darmschlingen im Bestrahlungsbereich fixiert sind, auf welche bei der Einstellung Rücksicht zu nehmen wäre. Nach der Durchleuchtung muß der Darm durch Einläufe und Abführmittel sorgfältig gesäubert werden, da zurückbleibende Bariumreste (auch harte Kotballen) Sekundärstrahlen erzeugen. Bei einem Hämoglobingehalt unter 40% oder einer Leukozytenzahl unter 2500 ist eine Karzinombestrahlung kontraindiziert. Überempfindlichkeit der Haut durch vorausgegangene Bestrahlungen, Jod- oder Hg-Einreibungen, ferner bei Basedow, Zucker- und Nierenleiden darf nicht übersehen werden. Auch während ernsterer Darmstörungen und bei vollem Magen und Darm soll nicht bestrahlt werden. Die Blase muß vor der Bestrahlung entleert werden.

Nach der Bestrahlung ist jede Reizung der Haut durch lokale Hitze- oder Kälteapplikation (Thermosflasche, heizkissen, Eisbeutel), Einreibungen mit Jodsalben, Benzin, Terpentinöl, durch enganliegende reibende Kleidungsstücke, Jucken, Kratzen u. dgl. zu verbieten. Nur laue Bäder und Waschungen sind gestattet, nach welchen auf die Haut regelmäßig durch einige Monate Rp. Cera alba 2.1, Cetaceum 2.4, Ol. Oliv. 18.0, Aq. dest. 7.5, aufgetragen wird. Nach Bestrahlungen in Blasennähe ist reichlich Trinken angezeigt. Nach Bestrahlung eines Gebärmutter- oder Darmkrebses ist besonders sorgfältig auf regelmäßigen weichen Stuhl zu achten. [Paraffin-, Öleinläufe, milde Abführmittel wie Rp. Magn. perhydr. (Merck) 30.0, Na bic. 20.0, P. r. rhei 15.0, Bismut. subnitr. 7.0, Bismut. subgallic. 5.0, Carb. animal. (Merck) 3.0, S. dreimal täglich eine Messerspitze nach dem Essen zu nehmen.]

Nach stärkeren Bestrahlungen auftretende indurierende Ödeme dürfen keinesfalls inzidiert oder irgendwie aktiv behandelt werden. Die nach systematischer Bestrahlung des Mamma-Ca häufige Lungeninduration ist im allgemeinen harmlos; gegen hinzutretende Bronchitis oder Pneumonie wirkt Kampfer am besten, während sämtliche Expektorantien sich als ungünstig erwiesen.

Die meist vorübergehenden allgemeinen Schädigungen werden durch Roborantien, Freiluftliegekuren, Eisen, Arsen, bekämpft.

Zur Ruhigstellung eines bestrahlten Rektum- oder Ösophagus-Ca dient die Anlegung eines Anus praeternaturalis bzw. einer Magenfistel. (Die Ther. d. Gegenw., Juni 1923.)

Aus der Praxis.

Zur Diagnose und Therapie des tuberkulösen Fiebers.

Von Dr. Andreas **Petoe**, Wien.

Seitdem man die eigentümliche Abhängigkeit des zweigeteilten Wärmezentrums vom Gesamtzustand des Organismus und die Beeinflussung desselben selbst durch körpereigene Abbauprodukte kennt, ist es klar, daß man nicht bei jeder Temperatursteigerung an eine bakteriell-toxische Ursache denken muß. Ich habe vor einiger Zeit eine Subfebrilität beschrieben, die bei Mädchen in der Pubertät mit Fettsucht und Chlorose zugleich aufzutreten pflegt, durch Ruhe und Bewegung nicht beeinflußt, jedoch durch kleine Dosen Opium behoben werden kann. Die Annahme einer inkretorischen Störung lag hier nahe und die Vornahme von Gaswechselanalysen in ähnlichen Fällen zur Feststellung der Diagnose ist wohl durchwegs indiziert, umsomehr als bei Erwachsenen die Diagnosestellung einer tuberkulösen Subfebrilität auf eine positive Tuberkulinhautreaktion und vergrößerten Hilusschatten hin kaum mehr angängig ist. Auch bei unzweifelhaften Hilusdrüsenerkrankungen und inzipienten Hilus- oder Spitzenprozessen liegt die Ursache der Subfebrilität manchmal im inkretorischen System und — wenngleich wir die bakteriell-toxischen Ursachen mit ins Auge fassen wollen — öfter als man anzunehmen gewöhnt ist, in Tonsillar- und Pulpaerkrankungen. Also in allen Fällen unklarer Subfebrilität genaue Munduntersuchung, genaue Prüfung der Konstitution (Opiumversuch, eventuell Gasanalyse)!

Bei hochfebriler manifester Tuberkulose ist einerseits die allerdings selten vorkommende und daher oft übersehene perniziöse Anämie als nichtbakteriell-toxische Mitursache des Fiebers zu nennen, anderseits die sehr häufig im Vordergrund stehende Kokkenkomponente des Virus zu berücksichtigen, wodurch das von anderen und mir bereits öfter beschriebene Bild der Mischinfektion der Lungentuberkulose mit ihren typischen Erscheinungen zustande kommt. Bei eindeutigen Formen der tuberkulösen Erkrankungen sprechen wir praktisch am besten von afebrilen, ambulantfebrilen und ruhend-febrilen Fällen. Bei ambulant-febrilen Fällen kommen wir gewöhnlich schon mit einer individualisierend durchgeführten, systematischen Freiluftliegekur aus. Bei allen ruhend-febrilen Fällen ist unserer Meinung nach das Fieber sogleich, und zwar zunächst medikamentös und hydriatisch, zu behandeln. Wissen wir doch, daß hier das toxisch hocherregte Wärmezentrum die ihm unterstellten Stoffwechselzentren des vegetativen Systems derartig bewegt, daß eine Steigerung des Eiweißzerfalles bis gegen 6% beinahe die Regel ist, und daß mit unseren jetzigen Heilbehelfen an eine kausale Behandlung der Lungentuberkulose bei einem durch Fieber kachektisch gewordenen, aktiv nicht mitwirkenden Organismus nicht zu denken ist.

S c h u t t hat seinerzeit zur Bekämpfung des tuberkulösen Fiebers Kalk und Chinin empfohlen. Kalk sollte das sympathische Wärmezentrum beruhigen und Chinin die peripheren Erfolgsorgane der Wärmeregulation beeinflussen. Wir versuchen das Wärmezentrum durch Antipyretika, in erster Linie durch Amidopyrin, direkt zu beeinflussen. Um das ganze nervöse System zu berücksichtigen, verschreiben wir noch dazu entweder Bromate oder mit besonderer Vorliebe Baldrian, seltener Opiate. Wir gaben auch speziell bei langwieriger Subfebrilität tuberkulöser Natur

häufig mit gutem Erfolge eine Stunde vor dem zu erwartenden Temperaturanstieg einen Einlauf (1 bis 2 l, 28° C), auch bei Fällen ohne chronische Obstipation, die wir ja am liebsten mit Diät behandeln. Wir fanden, daß diese einfache Methode dem mit Recht so beliebten Wickel in zahlreichen Fällen noch überlegen ist. Wo eine Kombination der Tuberkulose mit Bronchiektasien vorliegt, verwenden wir gern zur Herabsetzung der erhöhten Temperaturen in Serien Schwitzprozeduren (Heißluft). Nur bei Mischinfektionen setzen wir gleich mit der spezifischen Therapie (Mischvakzine Wolf-Eisner) ein, sonst mit Tuberkulin, ohne die Normaltemperatur abzuwarten, erst beim Ansteigen des Körpergewichtes. Wir beginnen gewöhnlich versuchsweise mit einer 1%igen Pyramidonlösung mit oder ohne Valeriana, stündlich einen Eßlöffel, und gehen dann medikamentös und hydriatisch kombinierend, streng individualisierend vor, bis zur Erreichung der Normaltemperatur, und belassen beim Wohlbefinden des Patienten das erfolgreiche Heilregime bis zu einer entsprechenden Kräftigung. Dann erst versuchen wir den schrittweisen Abbau des eingeschlagenen Heilverfahrens. Wir können sagen, daß wir trotz dieser „Überbehandlung“ des Wärmezentrums noch nie ein Renitentwerden der Wärmeregulation beobachten konnten. Das nicht seltene Überreagieren entfieberter, chronisch febril gewesener Patienten auf kalte Außenreize ist auf das Schuldkonto des ganzen geschädigten Wärmeapparates, insbesondere der immer gestörten Leberfunktion zu setzen. Wir betrachten in der Regel einen in Ruhe febril gewesenen, proliferativen Fall sogar im dritten Stadium nach Turban-Gerhard als kompensiert und somit praktisch nicht mehr behandlungsbedürftig, wenn er bei ungefähr zweistündiger täglicher Gehdauer afebril bleibt, und das ist leider bei einer großen Anzahl von Fällen, das Meiste, was wir von einer Therapie verlangen und erwarten können.

Mit der Anlegung eines künstlichen Pneumothorax bei febrilen einseitigen Formen zögern wir natürlich nicht, selbst dort, wo ausgedehnte Hepatisation eine Kompression des Herdes nicht erlaubt, da die Wirkung von wiederholten Einblasungen kleiner Dosen auf die Fieberkurve unverkennbar ist.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:*

306. Haben sich Randolf-Kronen und -brücken in der Praxis bewährt? Sind sie dauerhafter als Gold? Dr. B. M. in B.

307. Woraus bestehen Ampull. Prothenini nach Ludwig Gans, Chem. Fabrik, Oberursel? Indikation? Anwendung? Dr. B. M. in B.

*** Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Platzmangel können nur jene Anfragen gedruckt werden, die ein besonderes allgemeines Interesse beanspruchen. Den übrigen ist Rückporto zwecks schriftlicher Beantwortung beizulegen. Die Redaktion.**

308. In den letzten Jahren ist von Knoblauchspiritus (1:4) als einem sehr bewährten Mittel gegen arteriosklerotische Beschwerden, Hypertension, Stenokardie usw. viel gesprochen worden, nicht nur unter den Laien, sondern auch in gewissen Ärztekreisen. Wie sind die angeblich guten Wirkungen zu erklären? Dr. A. J. in E.

310. 66jähriger Mann, früher angeblich immer gesund gewesen, leidet seit zwei Jahren an chronischem Ekzem des Gesichtes, wegen dessen er bereits wiederholt im Spitale behandelt wurde, welches jedoch nach ein paar Tagen rezidivierte. Die Haut des Gesichtes ist chronisch gerötet, stellenweise, namentlich am Halse und an den Ohrmuscheln stark verdickt, infiltriert, zeitweise stark nässend, mit weißen Schuppen bedeckt. Rückwärts erstreckt sich das Ekzem über den ganzen Nacken. Reflektorisches Ekzem der Arme und der Schamgegend. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker. Der Mann kommt sehr herunter und ist arbeitsunfähig. Dr. A. O. in N.

311. Was ist „Nitorbehandlung"? Zimmer empfiehlt sie (Berl. klin. W. Nr. 45, 1921) zur „fast augenblicklichen Schmerzstillung". Dr. J. H. in P.

312. Wie sterilisiert der praktische Arzt am besten seine Gummihandschuhe? Dr. S. in K.

313. Gibt es eine sichere Methode zur Behandlung von Trichocephalus dispar? Wie ist der Erfolg der Benzinklystiere und des Glyzerins intern? Dr. H. Z. in W.

314. 68jähriger pensionierter Schullehrer leidet seit vielen Jahren an Bronchitis chronica und in letzter Zeit an quälendem Husten mit reichlichem, schaumigem Sputum, sowie an Arteriosclerosis generalis. Außerdem besteht seit anderthalb Jahren Albuminurie wechselnder Stärke: 0.5 bis 5‰. Keine auffallende Polyurie, kein Kopfschmerz. Außer Diät und in den letzten Monaten Bettruhe habe ich viele Expektorantien und etwas Morphium verordnet, um wenigstens nachts den Husten zu stillen, aber mit wenig Erfolg. Was wäre hier zu versuchen? Patient sieht ziemlich gut aus, der Puls ist etwas gespannt, sonst normal. Außer etwas Gedunsenheit im Gesicht keine Ödeme. Dr. K. A. in V.

315. Wie kann man Herpes tonsurans am Kopfe ohne Röntgen schnell und sicher heilen? Dr. N. R. in C.

316. Welche Anstalt würde einen 10jährigen Knaben mit hartnäckiger Enuresis nocturna aufnehmen?
Dr. F. V. in B. (Tschechoslowakei).

317. Was ist „Chinophen" und wo erhältlich?
Dr. P. R. in W.

318. Ich verwende seit langem die Supersan-Injektionen („Ars Medici" 1921, S. 189) mit gutem Erfolge. Leider aber habe ich im Gegensatz zur Angabe der erzeugenden Firma die Erfahrung gemacht, daß sich trotz peinlicher Befolgung der Gebrauchsanweisung Infiltrate bilden. Besonders unangenehm ist, daß sich die Infiltrate oft erst einige Zeit nach der Einspritzung zeigen und mit heftigen neuralgiformen Schmerzen im Ischiadikusgebiet einhergehen, die zur Abbrechung der Kur zwingen können. Am besten helfen gegen diese Schmerzen noch Wärmeapplikationen; auch der Ersatz des Derizinöls durch Jodipin scheint gut zu sein. Natürlich ist hier nicht von einzelnen Supersaninjektionen, sondern von Serieninjektionen die Rede. Dr. A. E. in G.

319. Ersuche um Dosierung des Syrupus eriodyctii californensis („Ars Medici“ 1923, S. 358). Wo ist das Präparat zu haben, wie teuer? Soll es in der magistralen Verschreibung dieses Medikamentes nicht heißen: Aqu. dest. 150.0 statt 15.0? Dr. T. in W.

320. Wie fertigt man die „Flicksche Nabelschürze“ für Neugeborene an? Dr. R. in H.

321. Frau, Ende der Vierzig (beginnendes Klimakterium), leidet seit zwei Monaten an einem kinderhandtellergroßen Entzündungsherde an der Innenseite des linken Unterschenkels, handbreit oberhalb des Knöchels. Druckempfindlichkeit, leicht eindrückbares Ödem. Der Herd soll angeblich wandern, aber nur in die nächste Umgebung. Die Frau hat sich vielleicht (?) im Juni bei einer Eisenbahnfahrt den Fuß angestoßen; sechs Wochen nachher trat die Entzündung auf. Warme Bäder, Umschläge seit 14 Tagen ohne Erfolg. Leider kann Bettruhe nicht eingehalten werden. Ätiologie? Therapie? Beginnendes Ulcus cruris?

Dr. E. W. in B.

322. 19jähriger Patient erkrankte anfangs September 1923 an ischiadischen Schmerzen rechts. Aspirin, warme Bäder, Chinin, Einreibungen ohne Erfolg. Die Schmerzen steigerten sich, griffen auf das andere Bein über, traten auch im Rücken auf und waren so heftig, daß Morphium gegeben werden mußte. Die Schmerzen kommen anfallweise; Patient steigt dann aus dem Bette, geht wieder ins Bett hinein, kann im Anfall nicht auf dem Rücken liegen, da ihm sonst das „Kreuz abbrechen möchte“. Druckschmerzhaftigkeit in den Nerven beider Beine, neben der Lendenwirbelsäule, Fieber unregelmäßig bis 39. Tägliche Bäder bringen jetzt für ein bis zwei Stunden Linderung. Keine Gelenkschwellung. Tast- und Wärmeempfindlichkeit bis jetzt erhalten. Patellarreflexe wegen der großen Schmerzhaftigkeit unbestimmt. Hyperidrosis. Seit drei Tagen auch Schmerzen im rechten Zeigefinger. Urin frei von Eiweiß und Zucker, Stuhl verhalten. Bitte um Angabe von Diagnose und Therapie.

Dr. E. W. in B.

323. Wie beseitigt man Paraffininjektionen, die aus kosmetischen Gründen gemacht wurden? Dr. L. B. in M.

324. Ich habe in Italien und Dalmatien häufig vor den Haustoren mit Wasser gefüllte steinerne Töpfe gesehen. Auf Befragen sagte man mir, das diene dazu, damit die Hunde stets Trinkwasser finden; denn wenn sie Durst litten, bekämen sie die Tollwut. Tatsächlich kennt man dort weder Maulkorb noch Lyssa. Was ist an der Sache?

Dr. R. H. in W.

Antworten:

Ad 214. Psoriasis und Struma. Eine methodische, mit Geduld durchgeführte Impfbehandlung nach Ponndorf wird die Psoriasis vulgaris und auch die Struma parenchymatosa ganz gewiß beseitigen. Ich erreichte auch bei hartnäckigster Psoriasis Dauererfolge. Die Zahl der Impfungen hängt von der Reaktion ab. Gewöhnlich beginnen die Flecken nach der vierten Impfung zu verschwinden. Es ist der Kutanimpfstoff B zu verwenden. — Die erwähnten Menstruationsschmerzen schwinden bereits nach zwei Impfungen. Literatur über Ponndorfs Impfverfahren erhalten Sie vom Sächsischen Serumwerk in Dresden.

Dr. W. **Auner**, Mediasch (Siebenbürgen).

Ad 218. Bei Epilepsie habe ich von einer Behandlung mit Xifalmilch nach Prof. Doellken (Leipzig), kombiniert mit Luminal, sehr gute Erfolge gesehen. Das Sächsische Serumwerk in Dresden sendet Ihnen Literatur.

Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 225. Zahnschmerzen. Der Rat des Kollegen Dr. Ruzicka, bei Pulpitis auch dann abzuätzen, wenn Patient sich dann nicht in zahnärztliche Behandlung begeben will, ist sehr bedenklich. Die sich anschließende Gangrän kann böse Folgen haben. Deshalb in solchen Fällen Extraktion.

Dr. W. **Heuer**, Leer.

Ad 236. Grundlage der Magnetotherapie. Die Heilmagnetiseure oder Magnetopathen behaupten, daß menschlicher oder tierischer („animaler") Magnetismus eine Tatsache sei wie die Schwerkraft, die Elektrizität, das Licht, die Wärme usw. Die Anwendung dieser gesetzmäßig waltenden Naturkraft zu Heilzwecken („magnetische Heilungen", „Heilmagnetismus") könne für viele Kranke von großem Nutzen sein. Zu diesem Behufe übertrage der Heilmagnetiseur einen magnetischen Strom auf gewisse Personen, die man sensitive nennt, als ausströmendes Fluidum durch Vornahme sogenannter „magnetischer Luftstriche", die vom Scheitel bis über die Zehen geführt werden, ebenso durch Handapplikationen („Handauflage"). Behufs Gelingen der magnetischen Kur müsse der Arzt selbst von der Existenz und Wirksamkeit der magnetischen Kraft unerschütterlich fest überzeugt sein und könne ohne diese Voraussetzung keine Erfolge erzielen. Derjenige Mensch wird als Träger dieser wirksamen Naturheilkraft erfolgreich sein, der selber niemals seine Nerven durch unnatürlich einwirkende Reize (gewohnheitsmäßiger Alkoholgebrauch, Tabak, scharfe Gewürze usw.) abgestumpft habe. — Vom wissenschaftlichen Standpunkt läßt sich hiezu sagen: Da die Physiologen als berufene Erforscher der Funktionen der Lebewesen und ihrer Organe von der Existenz eines tierischen Magnetismus bis nun keine Notiz nahmen, ferner in der Erwägung, daß die Mehrzahl der Heilmagnetiseure sich aus Laienkreisen rekrutiert und nur ganz wenige Ärzte als Verfechter dieser Lehre erscheinen, in weiterer Berücksichtigung dessen, daß als Vorbedingung der Wirksamkeit des angeblichen Heilmagnetismus das unbedingte Zutrauen zu diesem Heilfaktor seitens des Heilmagnetiseurs und des Patienten als conditio sine qua non gefordert wird, müssen wir die Magnetotherapie und deren Erfolge als Suggestionstherapie ansehen.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 240. Lungenspitzenkatarrh. Nach der gegebenen Schilderung handelt es sich um eine chronische Form von Lungentbc. mit starker Drüsenschwellung. Da spezifische Mittel anscheinend noch nicht versucht wurden, so wäre eine konsequente Tuberkulinkur, eventuell kombiniert mit Krysolgan, am Platze. Gegen die Neigung zu Lungenblutungen kann eine Kampherbehandlung versucht werden (siehe meine Arbeit in Med. Klinik Nr. 24, 1923).

Dr. M. **Weiss**, Facharzt für Lungenkrankheiten, Wien.

Ad 241. Die Abhärtung bei Lungenaffektionen kann mit allmählich sich immer weiter ausdehnenden Teilabreibungen des Körpers einsetzen. Man beginnt z. B. mit in laues Wasser getauchten Tüchern die oberen Extremitäten zu frottieren, nimmt dann die unteren Extremitäten, später Rücken, Brust usw. dazu, wobei man mit der Temperatur des Wassers sukzessive heruntergeht. Es empfiehlt sich, solche Abhärtungskuren tunlichst in der wärmeren Jahreszeit zu beginnen. Bei großer Empfindlichkeit können die Abreibungen statt mit Wasser mit ver-

dünntem Spiritus gemacht werden, wodurch die Prozedur wesentlich abgekürzt wird. Luft- und Sonnenbäder können später angeschlossen werden.
Dr. M. **Weiss**, Facharzt für Lungenkrankheiten, Wien.

Ad 242. Die örtlichen Schmerzen bei Lungentuberkulose beruhen auf Ausstrahlung und sind bei zur Vernarbung neigenden Formen häufiger. Mitunter verschwinden sie auf bloße Bepinselung mit Jodtinktur. Ich lasse in der letzten Zeit die schmerzhafte Partie und ihre Umgebung durch etwa 15 Minuten mit ein bis zwei Kaffeelöffeln Oleum camphoratum jeden Abend einreiben, worauf die Schmerzen in der Regel zurückgehen.
Dr. M. **Weiss**, Facharzt für Lungenkrankheiten, Wien.

Ad 249. Bei langdauerndem Ikterus handelt es sich gewöhnlich um Gallensteine (oder Karzinom), die oft nur unbedeutende Schmerzanfälle verursachen. Mir hat sich dabei Chologen sehr gut bewährt in zwei Fällen auch dann, als Karlsbader Kuren — in Karlsbad absolviert — erfolglos blieben. Dr. K. **Glaser**, Eger.

Ad 257. Das Erbrechen nach Laparotomien kann verschiedene Ursachen haben und ist dementsprechend verschieden zu behandeln. 1. Narkoseerbrechen. Dasselbe tritt meist schon bald nach dem Erwachen, bisweilen auch erst nach mehreren Stunden auf, ist schleimig, gallig. Absolute Vermeidung peroraler Flüssigkeitszufuhr; in sehr hartnäckigen Fällen von Narkoseerbrechen Magenspülung mit ½ bis 1% Sodalösung. — 2. Haematemesis. Tritt entweder nach Magenoperationen durch Nachblutung oder infolge von Schleimhauterosionen, die auf embolischem Wege entstanden sind, auf. Magenspülungen mit 1‰ Lapislösung bringen die Blutung und damit das Erbrechen in der Regel sofort zum Stillstand. — 3. Erbrechen infolge Magenatonie nach Narkoseoperationen. Profuse Entleerung sauer riechender Massen. Rascher Verfall der Patienten. Zustand außerordentlich gefährlich. Wiederholte Magenspülungen sind unbedingt notwendig; eventuell Strychnin subkutan. — 4. Der arterio-mesenteriale Duodenalverschluß verursacht kopiöses galliges Erbrechen und führt ebenfalls zu rapidem Verfall. Wiederholte Magenspülungen mit warmem Wasser, Bauchlage, Knie-Ellenbogenlage, im Notfalle, wenn nicht rasche Erholung eintritt, Gastroenterostomie. — 5. Peritonitisches Erbrechen. In den ersten Stadien gallig, sehr bald fäkulent. Magenspülungen erleichtern den qualvollen Zustand, eventuell Enterostomie.

Eine Giftwirkung kommt dem pathologischen Inhalt, der zum postoperativen Erbrechen führt, in der Regel nicht zu. Die Magenspülungen lassen sich vielfach nicht umgehen. Bei sehr überempfindlichen Patienten empfiehlt sich vorherige Kokainisierung des Rachens.

Klystiere oder Irrigationen werden am zweckmäßigsten am zweiten Tage nach der Laparotomie gegeben, mit Ausnahme nach Eingriffen am Dickdarm. Prof. Dr. W. **Denk**, Wien.

Ad 262. Morbus Addisoni. In einem Falle brachte leider nur kurzdauernde Besserung: Suprarenal gland. „Tabloid" der Firma Burroughs, Wellcome & Co. in London, täglich sechs Tabloids zu 0.3 per os. Es empfiehlt sich ein Versuch mit Paraganglin (dreimal täglich 15 bis 20 Tropfen), einem aus der chromaffinen Substanz hergestellten Präparat. Außerdem Arsenkur, Eisen, Chinin, gute Ernährung, lauwarme Bäder.
Dr. B. **Mattyasovszky**, Bajmok (SHS.).

Ad 263. Penis captivus. Zu versuchen wären bei der Frau zunächst lokale Anästhetika in Salbenform: Kokain-, Novokainsalben usw.; dann

jene Medikamente, welche eine Entspannung der Muskulatur veranlassen: Belladonna, respektive Atropin in Form von Salben, dann größere Dosen von Papaverin oder Akineton in Form von Einspritzungen, kurz vor der Kohabitation. Inspektion, ob nicht Rhagaden oder schmerzhafte kleine Ulzerationen die Ursache des Vaginismus sind. Schließlich Psychotherapie. Dozent Dr. A. **Perutz**, Wien.

Ad 267. Teleangiektasien. Einen gleichen Fall ätzte ich mit rauchender Salpetersäure. Man muß dabei nur die Stellen treffen, wo die Blutgefäße ein wenig vorspringen und als größere rote Punkte imponieren. Das Muttermal blaßt dann ab. Dr. K. **Glaser**, Eger.

Ad 268. Pigmentierungen an den Schultern. Ist Induration vorhanden? Vielleicht Angioparalysis (haemorrhagica)? Therapie: Roborantien, Kalk, schwache Säuren, Gelee.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 270. Furunkulose. Mit größter Wahrscheinlichkeit kann man annehmen, daß die schubweise sich entwickelnden Furunkel und der Rheumatismus durch eine schleichende Diathesis urica bedingt sind. Die Prädisposition zur Entstehung mannigfaltiger Hauteruptionen bei dieser Stoffwechselkrankheit ist nur allzu sehr verbreitet. Der Zusammenhang vieler Hautkrankheiten mit Störungen des Stoffwechsels wurde vornehmlich auf Grund blutchemischer Befunde einwandfrei bewiesen. Funktioniert die Nierenausscheidung nicht exakt, ohne daß Zeichen einer Nierenerkrankung nachweisbar sind, so setzt die Haut als vikariierendes Exkretionsorgan ein, um die gesundheitsgefährdenden Stoffwechselprodukte aus dem Organismus schleunigst zu eliminieren. Wo sich erhebliche Mengen harnsaurer Salze anhäufen, können nun infolge ihres irritierenden Einflusses im Haut- und Muskelgewebe mehr minder intensive Reaktionserscheinungen bei überempfindlichen Personen auftreten. Mit gesteigerter Ausscheidung und verminderter Bildung von Harnsäure sinkt parallel der Harnsäurespiegel im Blute, somit auch im Gewebe, und Dermatosen, die durch die gebräuchlichen Dermatotherapeutika lokal allein nicht beeinflußbar sind, sowie die allgemeinen subjektiven Beschwerden schwinden allmählich. Alkalisierung des Organismus mittels häufiger Alkaligaben nebst Befolgung der entsprechenden Diätvorschriften (konsequent durch ein halbes Jahr) ist das wichtigste Postulat, um Heilung des Krankheitszustandes zu erzielen.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 270. Bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut sind neuerdings sehr gute Erfolge, insbesondere Dauererfolge, mit Staphylo-Yatren erzielt worden. Dieses ist eine hochvirulente Staphylokokkenaufschwemmung in Yatrenlösung und kommt in sechs verschiedenen, durch ansteigenden Keimgehalt bestimmten Stärken zur Anwendung (Behring-Werke, Marburg). Es stellt also die Kombination eines aktiv immunisierenden, spezifisch bakteriellen Impfstoffes mit einem unspezifischen Reizstoff dar. Man beginnt s t e t s mit Stärke 1 und injiziert von dieser, bzw. von den folgenden Stärken je 2.5 cm³ intravenös oder intramuskulär. Bei venöser Injektion erzielt man eine schlagartige, bei muskulärer Injektion eine weniger stürmische Wirkung. Bei einzelnen Furunkeln genügen ein bis zwei Injektionen im Intervall von einigen Tagen, bei allgemeiner Furunkulose tritt nach vier bis fünf Injektionen Dauerheilung ein. Das Optimum der Wirkung liegt dann vor, wenn nach den Injektionen leichte Temperatursteigerungen auftreten. Dr. S. **Frey**, Königsberg i. Pr.

Ad 271. Bei Ulcus cruris varicosum, wie überhaupt in der Geschwürstherapie, haben sich mir die Dr. Reimerschen Pasten („Ars Medici“ 1923, S. 292) bestens bewährt. Während der Behandlung Bettruhe. Um Rezidive zu verhüten, empfiehlt sich eine radikale Behandlung der Varizen: hohe Unterbindung der Vena saphena, Umstechung der Varizen oder Verödung mit Preglscher Jodlösung. Dr. **Walter,** Waltersdorf.

Ad 277. Kräuter und Früchte gegen harnsaure Diathese. Natronhältige Kräuter: Erdbeerblätter (40), Brombeerblätter (30), Schafgarbenblätter (30), Brennesselblätter (30), blühendes Waldmeisterkraut (30), Zinnkraut (20), Salbeiblätter (10), Wegwartwurzel (10), Hirtentäschchenkraut (10), Huflattichblätter (10). Misce fiant species. — Früchte: Erdbeere, Brombeere, Himbeere. — Gemüse: Alle grünen Gemüse außer Spinat; Endiviensalat, Blattsalat, Löwenzahn, Radieschen, Rettich, Spargel, Kohl. — Siehe „Die Phytotherapie“ von Dr. Karl Kahns, Berlin 1911, Verlag Otto Nahmmacher, Berlin SW 47. Dr. H. **Steiner,** Eger.

Ad 277. Die Herbstzeitlose, Colchicum autumnale, ist ein häufiges, ausdauerndes Kraut unserer Wiesen. Sie enthält in allen Teilen, namentlich aber in den reifen Samen, einen alkaloidähnlichen Stoff, Colchicin. Colchicum-Präparate wurden von altersher gegen Gicht verordnet; in neuerer Zeit werden sie wieder häufiger angewandt, als Tinctura Colchici (zweimal täglich 20 Tropfen), Vinum Colchici (2 g pro dosi), Colchicin-Merck. In höheren Dosen erzeugt das Colchicin choleriforme Gastroenteritis, Kopfschmerz, Schwindel, Krämpfe. Auf den Froschmuskel wirkt das Colchicin so ein, daß die Muskelzusammenziehung normal ist, während die Wiederausdehnung außerordentlich verlangsamt wird (sogenannte „Veratrinkurve“). Dr. S. **Frey,** Königsberg i. Pr.

Ad 279. Asthma. Von der Annahme ausgehend, daß es sich möglicherweise um einen anaphylaktischen Zustand handelt, wäre, wenn Sputum vorhanden ist, ein Autovakzin daraus herzustellen und dieses in zweitägigen Intervallen zu injizieren. In unspezifischer Weise kann auch mitunter Alttuberkulin die asthmatische Diathese beeinflussen. Gegen die Anfälle würde ich Afenil oder 10% $CaCl_2$-Lösung (10 cm^3) intravenös versuchen. Die Nasenschleimhaut kann mit Adrenalin-Kokain gepinselt werden.
Dr. M. **Weiss,** Facharzt für Lungenkrankheiten, Wien.

Ad 280. Fettig belegtes Gefühl im Munde. Einen ähnlichen Fall bekam ich 1914 in Behandlung. Patient klagte über ein Gefühl im Munde, als ob er Filz zwischen den Zähnen habe, die Zunge sei wund und dick und mache besonders beim Genuß von sauren Speisen unerträgliche Schmerzen. Objektiv an der Zunge nichts Krankhaftes nachzuweisen. Dabei fiel auf, daß das Gebiß (der Kranke hatte fast lauter Goldzähne) schwarz verfärbt und am unteren Zahnrand mit einem grünroten Belag bedeckt war. Ich riet, alle Goldzähne entfernen und dafür Platin- und 22karätige Goldzähne einsetzen zu lassen (vor dem Kriege keine besonders kostspielige Sache), und die lästigen Erscheinungen schwanden prompt. Ich ließ mich hiebei von der Auffassung leiten, daß es sich um eine Vergiftung mit Messing oder Kupfer handeln könnte. Die entfernten „Goldzähne“ enthielten nur 6% Gold, alles andere war Messing und Kupfer. Versuchen Sie also dasselbe. Für Mitteilung des Erfolges wäre ich dankbar.
Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 285. Ausschlag nach Scharlachnephritis. Die Lokalisation an bestimmten Körperteilen (Hals, Gesicht und Händen) spricht schon gegen

einen Zusammenhang mit der Grundkrankheit (Nephritis). Ausschläge bei Nephritis sind sehr selten, fast immer handelt es sich um urtikarielle oder erythematöse Hautveränderungen. Im vorliegenden Falle könnte es sich um eine artifizielle Dermatitis, hervorgerufen vielleicht durch Anwendung einer schlechten Seife, handeln. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 288. Pigmentierungen im Sommer. Die geschilderte Pigmentierung ist sicherlich Folge eines Lichterythems, dessen Entwicklung durch rechtzeitige, wenn auch nur geringgradige Deckung der Haut mit einer lichtschützenden Salbe (4% Aeskodin-Vaselin oder Antilux) wird vermieden werden können. Prof. Dr. G. **Scherber,** Wien.

Ad 288. Zur Behebung der Pigmentierungen wäre ein Versuch mit Pernatrolseifenwaschung (früh und abends; Schaum über Nacht stehen lassen) anzuraten; ferner auch Perhydrol-Merck: Rp: Perhydrol-Merck 1.0, Vaselini optim. 3.0. M. f. unguent. Signa: Sorgfältig geschlossen aufzubewahren. Mit dieser Salbe ist die Stelle früh und abends durch einige Tage einzufetten. Stärker und energischer wirken: Rp: Hydrogenii hyperoxydati solut. (15 bis 20%) 20.0, Vaselini optim. 10.0, Adipis lanae 5.0, Bismuthi oxychlorati 0.5, Hydrargyri bichlorati corros. 0.05. M. f. Unguent. — Oder Betupfung (ein- bis zweimal täglich) mit: Rp: Hydrargyr. bichlorat. corros. 1.0, Glycerini 10.0, Spiritus vini conc. 89.0. D. S. Äußerlich cum signo veneni. **Die Red.**

Ad 289. Hautkrebs am Augenlid. In diesem Falle wäre doch die operative Entfernung anzuraten, weil bei Röntgenbestrahlungen Schädigung des Bulbus eventuell nicht vermieden werden könnte.
Prof. Dr. G. **Scherber,** Wien.

Ad 290. Kreuzschmerzen nach dem Erwachen. Chinini mur. 0.8. Dentur tales doses Nr. III. Signa: abends um 11 Uhr ein Pulver.
Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 290. Wenn ein organisches Leiden ausgeschlossen werden kann, so stammen die Kreuzschmerzen wahrscheinlich von der im Schlafe eingenommenen Rückenlage her, analog den Muskelschmerzen bei Rückenlage nach Laparotomien. Therapie: Seitenlage, eventuell mit angezogenen Beinen. **Die Red.**

Ad 291. Bei Frigidität der Frau sind technische Hilfsmittel oft von Vorteil, wie sie die Gummiindustrie liefert: Präservative mit gerippter Oberfläche, Reiz- oder Wollustringe als Überzug über den Penis, mit Zacken versehene Reizfingerlinge, die zur manuellen Friktion von Klitoris und Vagina vor dem Koitus dienen. Prospekte über Gummispezialitäten durch die Firmen: Schmeidler, Wien VII., Stiftgasse 19. — Reithoffer, Wien I., Herrengasse 3. — Dr. Block & Co., Wien VIII., Alserstraße 35.
Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 291. Die Vulva innerhalb der großen Labien darf nicht durch Waschungen, am allerwenigsten mit Seife, künstlich „gehärtet" werden. Prolabieren die kleinen Labien, so muß durch jahrelang vorzunehmende Ableitung des Blutes aus dem Unterleib das Zurückgehen dieser prolabierten Teile zwischen die großen Schamlippen erzwungen werden. Nimmt die Schleimhaut wieder natürliche Beschaffenheit an, so wird sich auch der zustehende Reflex wieder auslösen lassen.
Dr. **Tschuschner,** Rattimau.

Ad 291. Die Schlaffheit des Introitus ist durch Faradisation und Sitzbäder mit Alaun zu bekämpfen. Dr. J. **Erdös,** Rakosszentmihaly.

Ad 291. Nach vielseitiger Erfahrung ist der Rat Dr. Neutras („Ars Medici" 1923, S. 442) zu manueller Reizung der Klitoris vor und während der Kohabitation zu empfehlen. Ohne solche kommen manche Frauen zu keinem Orgasmus, ohne diesen aber werden sie Hysterikerinnen. Wird der Orgasmus dann künstlich wieder herbeigeführt, so verlieren sich allmählich auch die Thyreoidea-Symptome. — Ein Versuch ist auch sehr anzuraten mit den „Yohosan"-Tabletten, welche aus Yohimbin und Ovarialsubstanz bestehen. Infolge dieser glücklichen Zusammensetzung wird bei vielen Fällen von Frigidität prompter Erfolg erzielt. Das Präparat wird von den Chinoin-Werken, Wien—Budapest, hergestellt. **Die Red.**

Ad 295. Mangelhafte Erektion des Mannes und fehlender Orgasmus der Frau üben erfahrungsgemäß weder geistig noch körperlich ungünstigen Einfluß auf die Kinder aus. **Die Red.**

Ad 296. Der Geruch der gelösten Schwefelleber, der dem Patienten wohl nur selten besonders unangenehm ist, kann vielleicht durch Zusatz von etwas Eau de Cologne gemildert werden.

Prof. Dr. G. **Scherber,** Wien.

Ad 297. Eingedicktes Zedernöl wird mit einem Tropfen Xylol oder einem Tropfen Rizinusöl verdünnt und so brauchbar gemacht. — Eingedicktes Ichthyol wird mit konzentriertem Alkohol wieder in verwendbaren Zustand gebracht, indem man den Alkohol (im Verhältnis von 1 Alkohol auf 3 Ichthyol) auf das starr gewordene Ichthyol aufgießt und einige Tage ruhig stehen läßt. **Die Red.**

Ad 298. Jodoform-Idiosynkrasie. Jodoformglyzerin ist noch immer allen Ersatzmitteln überlegen. Ich würde daher einem Kollegen, der an Idiosynkrasie gegen Jodoform leidet, empfehlen, mit Gummihandschuhen zu operieren. Als Ersatzmittel zur Injektion in kalte Abszesse kommen in Betracht Tinctura Jodi und Aqu. dest. ana partes oder 1%ige Trypsinlösung. Letztere ist nur mit großer Vorsicht zu gebrauchen, da eine intravenöse Injektion tödlich wirken kann.

Dr. L. **Moszkowicz,** Facharzt für Chirurgie, Wien.

Ad 298. Zur Injektion in tuberkulöse Gelenkhöhlen u. dgl. ist außer Jodoformglyzerin und Jodoformöl auch Formalin verwandt worden. Ferner hat man gute Erfolge mit 1 bis 2%iger Karbollösung gehabt. Außerdem wird angewandt Phenolkampher von folgender Zusammensetzung: Acid. carbolic. liquefact. 30, Camphorae 60, Alcohol absolut. 10 (Chlumskysche Lösung; „Ars Medici" 1923, S. 397.) Dr. S. **Frey,** Königsberg i. Pr.

Ad 298. Statt Jodoform Yatren. Dr. H. **Steiner,** Eger.

Ad 298. Jodoform kann durch Jodol (Kalle & Co., Biebrich) ersetzt werden. **Die Red.**

Ad 300. Die medikamentöse Behandlung der Cataracta incipiens besteht in folgendem: 1. Vorbehandlung mit Einträufelung schwacher Jodnatrium-Jodkali-Lösungen und Dionin. — 2. Acht bis zehn subkonjunktivale Injektionen von „Phakolysin" (mit Jodsalzen kombinierte Lösung von tierischem Linsen-Eiweiß; wird von L. W. Gaus, pharm. Institut in Oberursel am Taunus hergestellt und unentgeltlich zu Versuchen abgegeben). — 3. Nachbehandlung wie 1.

Der Erfolg: bei nicht zu lange bestehenden Trübungen Rückbildung, besonders bei Cataracta subcapsularis. Keine Erfolge bei Cataracta nuclearis. — Näheres in Druckschrift von L. W. Gaus und in Wschr. f. Ther. u. Hygiene d. Auges 1913, 1914, 1916.

Prof. Dr. **Meyer-Steineg,** Jena.

Ad 302. Einseitige Mydriasis. In diesem Falle ist die erweiterte rechte Pupille durch Veränderung an den optischen Medien hervorgerufen; das läßt sich aus dem geänderten Visus des rechten Auges erschließen. Hier eben ist der Lichtreiz auf die Retina vermindert, und es entsteht darum eine geringere Kontraktion des Sphincter pupillae als am linken Auge. — Einseitige Pupillenerweiterung ohne begleitende Augenmuskelstörung findet sich bei schmerzhaften Vorgängen der gleichseitigen Körperhälfte: sympathischer Pupillenreflex; Narben im Bereiche des Halses und Kopfes können ebenso wie eine Ischias andauernde einseitige Pupillenerweiterung hervorrufen. Von Nothnagel stammt noch diese relativ seltene Beobachtung her. — Auch halbseitige Lungenspitzenaffektion soll manchmal anhaltende gleichseitige Sympathikusreizung unterhalten, da dessen okulo-pupilläre Fasern aus den Rami communicantes des I. und II. Brustnerven kommen und der Pleurakuppe benachbart sind. Ebenso können Aneurysmen des Aortenbogens aus ähnlichem Grunde eine linksseitige Mydriasis bedingen. — Zu den halbseitigen Veränderungen im unteren Halsmark (Syringomyelie, Trauma) gesellt sich manchmal eine gleichseitige Mydriasis oder Miosis, je nachdem ein Reizzustand oder eine Lähmung im Sympathikus durch die Läsion erwirkt wird; die Rami communicantes, die aus den vorderen Rückenmarkswurzeln kommen, ziehen zum Grenzstrang (der Sympathikuskette) und schaffen die Beziehung zu den Fasern, welche über das Ganglion Gasseri den Dilatator pupillae erreichen. Doch wenn es sich um eine solche spinale Affektion handelt, dann ist nicht nur die Pupille erweitert, sondern gleichzeitig auch die Lidspalte, der Augapfel tritt hervor, beim Senken des Blickes verlangsamt sich die Mitbewegung des oberen Lides (Gräfe-Symptom); diese Gesichtshälfte würde bei Hitze oder Pilokarpininjektion nicht schwitzen und errötet weniger als die Gegenseite. Den gleichen Symptomenkomplex kann die Geschwulstbildung einer Halsseite (bei harter, wenn auch nicht besonders großer Struma nicht so selten — Die Red.) durch Kompression des Sympathikus hervorbringen.

Prof. Dr. S. **Erben**, Wien.

Ad 303. Spülungen bei Blasenkatarrh. Wir sind grundsätzliche Gegner der dauernden Spülung der Blase oder des Nierenbeckens mit Lösungen von Hydrargyrum oxycyanatum. Mir selbst ist ein Fall von tödlicher Hg-Vergiftung nach Hg-oxycyanatspülung der Blase und Urethra bekannt (mitgeteilt aus der urolog. Abtlg. der Wiener Poliklinik von Frisch). Wenn es sich auch in diesem oder einem anderen Falle von Hg-Vergiftung nach Blasenspülung um eine besondere Quecksilberüberempfindlichkeit (Idiosynkrasie) gehandelt haben könnte, so ist doch größte Vorsicht bei der Verwendung des Mittels am Platze. Ich ziehe unbedingt Argentum-nitricum-Lösungen in starker Verdünnung (1:4000 bis 1:10.000) vor. Der Schluß Ihrer Anfrage scheint mir näherer Erklärung bedürftig. Pyelitis ist die Quelle des Katarrhes? Ist es nicht umgekehrt: die Zystitis die Quelle der Pyelitis? Anders könnte ich mir nämlich den günstigen Erfolg der Blasenbehandlung nicht vorstellen.

Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 303. Bei chronischem, wahrscheinlich Koli-Katarrh der Blase rate ich Ihnen „Agoleum"-Instillationen in die Blase wärmstens an. Tägliche Spülungen mit Oxyzyanatlösung sind sicher nicht unbedenklich. Mit „Agoleum" (Wien V., Krongasse 20) können sie den schwersten Prostatikerkatarrh nach einigen Instillationen prompt beseitigen. Die Pyelitis bleibt natürlich unbeeinflußt.

Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 304. Ausschlag im Wochenbett. Es ist leider nicht möglich, das vorliegende Krankheitsbild auf Grund Ihrer Beschreibung mit Bestimmtheit zu deuten. Wahrscheinlich handelt es sich um ein toxisches urtikarielles Exanthem, bei dem es sekundär (vielleicht infolge Kratzens der juckenden Effloreszenzen?) zur Infektion und Pustelbildung kam. Die leichten Temperatursteigerungen sind durch die Sekundärinfektion hinreichend erklärt, ebenso die Appetitlosigkeit. Eine starke Schweißreaktion ist auch sonst bei Wöchnerinnen nicht selten. Ob sie in diesem Falle mit der Hautaffektion oder mit dem Wochenbette zusammenhängt, kann ich nicht enstcheiden. — Zur Therapie empfehle ich Umschläge mit 1 bis 2% Resorzinlösung unter Zusatz von etwas Alkohol, desinfizierende (Kalium permanganicum) oder adstringierende (Eichenrinde) Bäder.

Dozent Dr. J. **Novak,** Wien.

Ad 305. Der **„Persicc-Apparat"** ist bei „Noval", G. m. b. H., Chem.-pharmaz. Fabrik, Nürnberg 11, erhältlich.

Redaktion der **Apotheker-Zeitung,** Komotau.

Ad 306. Randolf-Kronen und -Brücken haben sich nach meiner Erfahrung nicht bewährt. Das Material ist zu weich, sehr schwer zu löten und nicht in jedem Munde farbenbeständig. Mit Gold hält das Material keinen Vergleich aus. Prof. Dr. B. **Klein,** Wien.

Ad 310. Gesichts-Ekzem. Siehe „Ars Medici" 1923, S. 422.

Die Red.

Ad 317. Chinophen ist ein Phenyl-Chinolin-Karbonsäure (= Atophan) enthaltendes Medikament, welches die St. Veit-Apotheke, Wien XIII., Auhofstraße 41, in Tabletten und Ampullen herstellt. Indikation: Gicht, Rheumatismus und Otitis media. **Die Red.**

Ad 319. Der Syrupus erodyctii californensis (zur Keuchhustentherapie empfohlen) ist in der Staats-Apotheke, Wien I., Reitschulgasse, erhältlich; 10 g kosten *K* 800.—. Dosierung je nach dem Alter des Kindes ein bis zwei Kaffeelöffel pro die. — Die angegebene Rezeptur: aqu. dest 15.0 ist richtig; denn die Zuckermenge muß für die (dicke) Syrupkonsistenz größer sein als die des Wassers. Eine andere magistrale Formel für den Syrup lautet: Extr. fluid. eriodyctii 5.0 Magnes. ust. 2.0, Aqu. dest. 40.0, Sachari 70.0 (Realenzyklopädie d. ges. Pharm. von Moeller-Thoms).

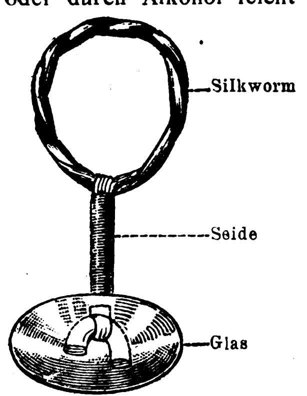
Die Red.

Medikamente.

Hyberbin, ein neues Hämostyptikum, wird aus einer einheimischen Droge hergestellt und ist in seiner pharmakologischen Wirkung nach Untersuchungen von Prof. Holste (Jena) dem Hydrastinin ganz gleich. Forst (Univ.-Frauenklinik, Jena) erprobte das Medikament klinisch. Man gibt dreimal täglich eine Tablette (zu 0.03 g), ungefähr sieben bis zehn Tage vor der zu erwartenden Blutung beginnend. Ist die Blutung schon eingetreten, so ist das Hyberbin wirkungslos. Es empfiehlt sich, die Hyberbintabletten unzerkaut und schnell zu schlucken, da sie einen chininähnlichen Geschmack haben, der leicht zu Erbrechen reizt. Besonders bei Menorrhagien infolge entzündlicher Adnexerkrankungen wirkt das Mittel blutstillend und schmerzlindernd, doch muß es — wie erwähnt — schon lange vor dem Beginn der Menstruation gereicht werden; es sollen womöglich schon 20 Tabletten vor dem Anfang der Blutung einverleibt sein. Die Wirkung war stets eine gute; bei zur Kontrolle ausgesetzter Hyberbinbehandlung lebte die Blutung immer wieder auf. — Erzeuger: Chemisch-Pharmazeutische Ges. in Frankfurt a. M. (D. m. W. Nr. 29, 1923.)

Instrumente und Apparate.

Einen neuen Frauenschutz gibt Pust (Frauenklinik, Jena) nach langjähriger Erprobung an. Der in der Scheide liegende Glasknopf ist aus eigenartigem Jenaer Glas, fast unzerbrechlich und säurefest. Der Halsteil besteht aus etwa 30 kunstvoll geschlungenen Seidenwickelungen. Eine Silkwormschleife liegt im Cavum uteri, gerade noch so fest, als sie der Uterus ohne Schaden verträgt, und genügend biegsam, um allen Bewegungen des pendelnden Uterus nachzugeben. Das Pessar ist auskochbar oder durch Alkohol leicht sterilisierbar und wiegt nur 1½ g. Der Glasknopf lenkt die Spermatozoen von dem alkalischen Schleimpfropf ab und setzt sie den Wirkungen des sauren Vaginalteiles aus. Sollten sie doch in den Zervikalkanal gelangen, so müssen sie die 30 Querwickelungen überwinden. Sollten trotzdem Spermatozoen die Uterushöhle erreichen, so unterliegen sie hier der Adhäsionswirkung der klebrigen gequollenen Silkwormfäden. Wenn doch einmal Gravidität eintreten sollte, so würde der Silkwormring von der wachsenden Frucht allmählich herausgedrängt werden, ohne zu Abort zu führen. Unter 23.000 im Gebrauch befindlichen Pessaren ist dem Erfinder kein Versager bekannt geworden. Bei Gonorrhoe oder anderen entzündlichen Erkrankungen ist die Einführung, die mit einer eigenen Sonde erfolgt, kontraindiziert. Das Pessar behindert die Menstruation nicht und kann drei bis vier Monate liegen bleiben. — Für kranke Frauen, bei denen die Gravidität nicht angezeigt ist, ist dieses Pessar nach Verfasser das idealste Modell. Einem Mißbrauch durch Laienhand ist dadurch vorgebeugt, daß es nur gegen ärztliche Verschreibung abgegeben wird. — Erzeuger: Fabrik Müller & Thenen in Jena. (D. m. W. Nr. 29, 1923.)



Ultra-Sonne Dr. Landecker. Der Berliner Frauenarzt A. Landecker hat eine neue Lampe mit kontinuierlichem an langwelligem Ultraviolett reichem Spektrum konstruiert, die eine direkte Bestrahlung des Scheidengewölbes ermöglicht und eine erstaunlich rasche Rückbildung parametritischer Prozesse und entzündlicher Adnextumoren mit 92 bis 95% Dauererfolg bewirken soll. Die Lichtwirkung wird durch muskuläre Elektroferrolinjektionen sensibilisiert. Die Erfolge werden von deutschen und italienischen Kliniken bestätigt. (Fortschr. d. Med., Nr. 7, 1923.)

Notizen.

Herr Dr. Ugo Grünbaum, Triest, bittet uns, festzustellen, daß er uns das Manuskript seiner in Nr. 7, 1923 unseres Blattes erschienenen Arbeit „Novasurol und Herzkrankheiten" schon Ende 1922 übersendet hat, also mehrere Monat vor dem Erscheinen der Arbeit Prof. Kaufmanns (W. m. W. Nr. 12/13, 1923) über denselben Gegenstand.

Die Schweiz-Orient-Compagnie in Zürich (Vertretung für Deutschland, Hamburg, Dammtorstraße 13) versendet Prospekte mit Ankündigung von medizinischen Lehrfilmen aus dem Gebiete der Anatomie, Chir-

urgie, Gynäkologie, Bakteriologie usw. Anfragen direkt an diese Gesellschaft.

Das soeben ausgegebene, mit prachtvollen Abbildungen reich ausgestattete Heft 1, 1923 der „Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde" enthält u. a. „Die radikal-chirurgische Behandlung der Alveolarpyorrhoe" von Widman, „Die Kariesfrage" von Bergve, „Der gelenklose Artikulator" von Eichentopf usw.

Gute Bücher.

Prof. Meyer und E. Nassau „Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter", Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, VIII. Band, H. 8, Verlag C. Marhold, Halle a. S., 1923. Preis: Grundzahl 1.70. — Czerny-Keller haben die Ernährungsstörungen ätiologisch eingeteilt in 1. solche ex alimentatione (zu viel, zu wenig, falsche Mischung der Nährstoffe, Mangel an Vitaminen), 2. solche ex infectione (enterale Infektionen, wie Ruhr, Paratyphus und parenterale Infektionen, wie Grippe, welche erst sekundär den Darm und die allgemeine Ernährung schädigen) und 3. solche ex constitutione. In der Praxis aber verwirren und mischen sich diese ätiologischen Momente häufig so, daß der Arzt aus ihnen keine Richtlinien für die Behandlung finden kann. Daher hat Finkelstein das klinische Bild der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter zur Einteilung und zur Bestimmung der Therapie in den Vordergrund gerückt. Die Finkelsteinsche Lehre wird nun in diesem Büchlein für den Praktiker in dankenswerter Weise dargelegt. Nicht mit Unrecht sagt der Verfasser, daß die Ernährungstherapie beim Säugling viel eingreifendere Wirkung hat als unsere stärksten Medikamente beim Erwachsenen, und daß sie in der Hand des Unwissenden Schaden und Tod bringen, in der Hand des Erfahrenen aber so segensreich wirken kann wie etwa eine gelungene chirurgische Operation.

Prof. Hermann Griesbach (Univ. Gießen): „Arteriosklerose und Hypertonie unter Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Gewerbehygiene und ihrer Bekämpfung auf organotherapeutischem Wege." Verlag Alfred Töpelmann in Gießen, 1923. Broschiert, 56 Seiten, Preis *K* 8000.—. Die Ätiologie der Atherosklerose wird unter besonderer Berücksichtigung der gewerblichen Berufstätigkeit einschließlich Unfall mit zahlreichen Hinweisen auf die Literatur des In- und Auslandes besprochen. Zur Erweiterung der Statistik werden alle Kollegen, denen Beziehungen zwischen Gewerbe und Hypertonie, bzw. Atherosklerose bekannt sind, um deren Mitteilung ersucht. Zahlreiche Krankengeschichten und Tabellen ergeben den großen Heilwert des aus der Gefäßwand gewonnenen Organpräparates Animasa (Organotherapeutische Werke in Osnabrück), das, per os in Form schon von zwei bis drei Perlen täglich gegeben, ohne irgendwelche schädigende Nebenwirkungen den Blutdruck sowohl bei Hypertonie als auch bei Gesunden beträchtlich herabsetzt und die Atherosklerose subjektiv und objektiv günstig beeinflußt. Die Wirkung dürfte durch Hormone, zum Teil auch durch spezifische Eiweißkörper bedingt sein und auf einer Regelung des gestörten Gefäßtonus, sowie einer verstärkten Produktion der natürlichen Schutzstoffe der Arterienwand (analog dem Heilnerschen Sanarthrit, das aber venös verabfolgt werden muß und die Beschwerden vorübergehend erhöht) beruhen. Das Präparat wird auch als Prophylaktikum für jene Berufe und Gewerbe empfohlen, die erfahrungsgemäß zu Hypertonie und Atherosklerose führen können. Ein Versuch mit Animasa ist auch bei Migräne, klimakterischen Beschwerden und Eklampsie aussichtsvoll.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreis pro 1923, portofrei: Für das zweite Halbjahr: für Österreich u. Deutschland ö. *K* 12.000.—, für Ungarn u. Polen ö. *K* 15.000.—; ganzjährig: č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 30.000.—, č. *K* 30.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 150.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.—, č. *K* 40.—, Dinar 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—. Probehefte gegen Portoersatz.

Zahlungen aus **Deutschland, Polen** und **Ungarn** können auch in Mark, bzw. u. *K*, zum Tageskurse umgerechnet, an unsere dortigen Zahlstellen erfolgen. Zahlungen aus dem **übrigen Auslande** werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da wir das Blatt an die valutaschwachen Länder unter den Gestehungskosten liefern.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.932. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

gründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

daktion und Administration: Wien IX., Spitalgasse 1A.
Telephon 29139

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

einige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse:
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 11. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. November 1923.

Interne Medizin.

Der Cheyne-Stokes-Symptomenkomplex — Therapie.

Mehrjährige Beobachtungen am Krankenbett bestätigten Sigmund Wassermann die schon der Traubeschen Klinik unter anderm aufgefallene Tatsache, daß beim kardiovaskulären Cheyne-Stokes durch Morphium (im Gegensatz zur kardialen Dyspnoe) die schweren, periodisch immer wiederkehrenden Anfälle von Atemnot, psycnomotorischer Unruhe, Unorientiertheit usw. nicht gebessert, sondern im Gegenteil erschwert und vermehrt werden. Selbst psychische Störungen, Delirien, Halluzinationen u. dgl. können durch Morphium ausgelöst werden. Nahezu die gleiche Wirkung haben die Morphinderivate Kodein und Heroin, ebenso die Opiate, die Hypnotika und Sedativa (Veronal, Medinal, Luminal, Adalin, Bromural usw.). Sie sind daher im allgemeinen gleichfalls kontraindiziert. Denn die dem Cheyne-Stokes zugrundeliegende O_2-Armut des CNS, namentlich des Atemzentrums, wird durch die Narkotika nur erhöht.

Von prompter Wirkung sind hingegen O_2-Inhalationen. Schon nach wenigen Atemzügen schwindet deren ungleiche Tiefe, nehmen die krankhaften Atempausen ab, bessern sich deutlich der Puls, der Lufthunger, die „blasse Zyanose“, die Unruhe usw. Da freilich die Wirkung nach der Inhalation bald nachläßt, muß letztere in schweren Fällen mit kurzen Unterbrechungen tagelang fortgesetzt werden. Die geradezu spezifische Wirkung des O_2 ist auch differentialdiagnostisch verwertbar, da fast mit Sicherheit Cheyne-Stokes ausgeschlossen werden kann, wenn eine halbstündige kontinuierliche O_2-Inhalation ohne Einfluß auf die Atmung bleibt.

Selbstverständlich sind außer dem O_2 die Herz- und Gefäßmittel anzuwenden: Koffein, mehrmals täglich 0.2; Ol. camphor. 5.0 bis 15.0 pro die, Strychnin; ferner Digitalis, Strophantin, Zymarin, Diuretin. Im Beginn sind diese Mittel muskulär, subkutan und eventuell venös anzuwenden. Bei der häufigen luetischen Ätiologie kommen auch Hg und Salvarsan in Betracht. (W. Arch. f. i. Med., Bd. VI, H. 2, 1923.)

Chronische Dickdarmerkrankungen — Therapie.

Von Lasar Dünner (IV. med. Univ.-Klinik Moabit-Berlin).

Man beginnt zweckmäßig mit der Reinigung des Darmes durch Rizinusöl und tägliche vorsichtig ausgeführte Klismen, die immer wieder Schleim, Blut und Eiter zutage fördern. Der entzündete und geschwürige Darm muß ferner durch Bettruhe, Wärme und Diät möglichst geschont werden. Sind Liegekuren mit fortwährenden heißen Umschlägen nicht

durchführbar, so soll wenigstens nach den Mahlzeiten eine halbe Stunde Liegen und Wärme verordnet werden. Die Diät beginnt mit Tee, Zwieback, Haferschleim, Gries- oder Reisbrei, Wasserkakao u. dgl. Bei der weiteren Auswahl der Nahrungsmittel spielt die individuelle Verträglichkeit eine große Rolle. Abgesehen vom Hg usw. bei noch nicht veralteten luetischen Prozessen sind spezifische Mittel (Ruhrserum, Antigonorrhoica usw.) nur selten wirksam, da meist Mischinfektion vorliegt. Entzündungshemmend und heilend wirken Einläufe mit essigsaurer Tonerde, Dermatol, Kaliumpermanganat, Tannin, Tierkohle, Lapis, Ichthyol, H_2O_2 u. dgl. nach den Reinigungsklismen. Gleichzeitig verordne man per os Tinct. pepsin. comp. oder Azidol-Pepsin und Pankreon. Symptomatika wie Opium, Atropin, Papaverin sind häufig notwendig. Heftige Schmerzen beim Stuhlgang können auch durch kleine Fissuren bedingt sein, die durch Auftragen von Ichthyol. pur. nach Kokainisierung schwinden. Als ultima ratio: vorübergehendes Ausschalten des ganzen Dickdarms durch Anus praeternaturalis und Spültherapie. (Ther. d. Gegenw. 1923, H. 8).

Über die Auswahl von Digitalispräparaten.

Von Prof. E. Romberg (München).

Man verwende vor allem grundsätzlich nur titrierte Präparate, deren gleichmäßige Wirkung biologisch (auf das Froschherz) erprobt ist. Aber auch die titrierten Präparate wirken per os verschieden je nach dem Grade der durch sie verursachten Reizung von Magen und Darm. So wirkt 0.1 Pulv. fol. digit. titr. (= 200 F. D.) ebenso stark wie eine Tablette Szillaren, obwohl dieses dreimal so viel Froschdosen (600 F. D.) enthält, die aber infolge der starken Magenreizung nur zum Teile resorbiert werden. Im Gegensatz zu den Strophantinen und dem Cymarin (aus Apocynum cannabicum) wirken die Digitalis- und Szillapräparate nicht sofort (dafür aber anhaltender), sondern erst nach einer bestimmten Anreicherung im Herzen. Das am raschesten wirkende Digitalispräparat ist das Verodigen, das nur Gitalin enthält. Doch liegen bei den langsamer wirkenden Präparaten die nützliche und die schädigende Dosis weiter auseinander. Das Digitalisinfus wird schon nach 24 Stunden um 50% weniger wirksam, da das darin enthaltene Digitalein durch Säuerung zersetzt wird. (Man verordne daher das Infus nur mit 10% Alkoholzusatz und nur in der für 24 Stunden benötigten Menge. — Ref.) Die Strophantine werden leicht überdosiert, wenn man sie zu kurze Zeit nach Digitalis injiziert. Die Kombination von Digitalis mit Strophantin (z. B. Digistrophan) ist nicht zu empfehlen, da letzteres die Resorption verschlechtert. Ein häufiges Frühzeichen der Überdosierung von Digitalis ist Flimmern vor den Augen. Spätere Zeichen sind Extrasystolie, Bigeminie, Arhythmia perpetua, Angina pectoris, Oligurie. Die Normaldosis ist dreimal 0.1 Pulv. fol. digit. titr., am besten und billigsten in Pillenform, durch fünf bis sieben Tage; für Kinder bis zu sieben Jahren drei- bis viermal 0.025, bis zu zehn Jahren dreimal 0.05, bis zu 15 Jahren vier- bis sechsmal 0.05; für Greise zunächst nur ein- bis zweimal 0.05. Bei Arhythmia braucht man meist etwas größere Dosen (viermal 0.1), die aber schon nach 24 Stunden erfolgreich sein können (Cave Überdosierung!). Dieselbe höhere Dosis ist bei Fieber und bei thyreotoxischer Herzstörung erforderlich. Bei Hypertonie hingegen ist die Dosis zunächst eher kleiner zu wählen (drei- bis viermal 0.05); ebenso bei empfindlichem Magen, hochgradiger Atherosklerose, pulsierenden Aneurysmen und bei Embolie. Von Strophantin injiziert man als erste Dosis 0.25 mg venös und weiter nach je 24 Stunden 0.5 eventuell 0.75 mg, wenn jede Wirkung ausblieb; ist eine solche auch nur angedeutet,

so darf vor 36 Stunden nicht reinjiziert werden; ist die Wirkung deutlich, so wird dieselbe Dosis reinjiziert, wenn die Wirkung nachzulassen beginnt. Vor Strophantus darf Digitalis einige Zeit, am besten drei bis vier Tage, nicht gegeben worden sein. Venös ist Digitalis indiziert, wenn es per os auch in Geloduratkapseln (Pohl) nicht vertragen wird, ferner bei Pfortader- und Leberstauung, die die Resorption erschweren. Bei bedrohlicher Herzschwäche, die sofortige Hilfe erfordert, ist Strophantin durch kein anderes Herzmittel zu ersetzen. Am ehesten kommt noch das Verodigen (Böhringer) in Betracht, das aber sehr bald kumulierend wirkt. Zu dauernder Digitalisierung ist es ungeeignet.

Die Digitalisverordnung der Wahl ist Pulv. fol. dig. titr. in Pillenform. Das Infus ist weniger wirksam, reizt den Magen stärker und zersetzt sich bald. Die billigste Tablettenform und dem Pulver gleichwertig ist das Digitalis-Dispert Krause (ein Tablette = 150 F. D., ein Zäpfchen = 300 F. D.). Am besten vertragen wird manchmal das Digitalysat Bürger (20 Tropfen = 0.1 pulv. titr.). Ähnlich aber teurer sind Liquitalis Gehe und Dialysat Golaz. Vortrefflich und oft besonders gut diuretisch wirkt sowohl per os als venös das Digipurat Knoll (teuer!). Digifolin Ciba macht muskulär unter allen Präparaten die geringsten Schmerzen. Digipan ist schwächer dosiert, Digonorgine und Digalen sind zu teuer, Digitoxin und Digitalin sind nicht zu empfehlen. Tinctura Strophanti wirkt nur schwach und reizt zu sehr den Magen. Strophantin Böhringer ist das unentbehrliche Mittel der venösen Digitalistherapie in bedrohlichen Fällen. Weit schwächer wirkt Cymarin venös. Strophantin gratus, Disotrin, Digistrophan können nicht empfohlen werden. Bulbus Scillae maritimae wird ebenso dosiert wie Pulv. fol. dig.; es wirkt ebenso wie Szillaren besonders gut diuretisch und bei N-Retention, reizt jedoch Magen und Darm (Erbrechen, Durchfall bei größeren Dosen). Venös ist Szillaren nicht zu empfehlen. Flores Convallariae majalis und deren Präparate zeigen keine deutliche Digitaliswirkung. Dringend zu widerraten sind Kombinationen wie das Digimorval. Verodigen ist vorübergehend bei drohender Gefahr indiziert, wenn Strophantin venös nicht gegeben werden kann. (Die Ther. d. Gegenw. H. 7, 1923.)

Die Gefahren der Elektrizität im Haushalte.

Von Prof. Stephan J e l l i n e k (Wien).

Die im Haushalte verwendete niedrig gespannte Elektrizität (100 bis 250 Volt) ist durchaus nicht harmlos. Unrichtiges Hantieren hat nicht wenigen schon sogar den Tod gebracht. Die Gefahr ist dann gegeben, wenn man beim Berühren eines stromführenden Teiles (Steckkontaktes, Metallschalters, schlecht isolierter Leitungsschnur usw.) sich in gut leitender Verbindung mit dem Erdboden befindet, z. B. wenn man barfuß oder mit feuchtem oder benageltem Schuhwerk unmittelbar auf dem Erdboden oder auf einem Steinboden (Waschküche, Badezimmer usw.) steht, oder gleichzeitig mit der anderen Hand oder etwa dem nackten Ellbogen einen gut leitenden Gegenstand berührt (Badewanne, Gasofen, Gas- oder Wasserleitungsrohr, Steinwand usw.). Kommt der Schlag überraschend, so kann die Gefahr durch die Schockwirkung noch bedeutend erhöht werden. Beispiele: Ein in der Badewanne sitzendes Mädchen berührt den Messingfuß einer elektrischen Stehlampe, schreit auf und sinkt leblos zurück. — In einem mit Teppichen belegten Wohnraum berührt ein Mädchen eine elektrische Stehlampe, deren Bronzekörper infolge eines Isolierungsfehlers der eingezogenen Leitungsdrähte unter Spannung stand. Da das Mädchen gleichzeitig mit dem nackten Ellbogen die aus Beton und Eisen hergestellte

Mauer berührte, befand sie sich in gut leitender Verbindung mit der Erde; sie brach leblos zusammen. — Ein Mann will eine ausgeschaltete Glühlampe auswechseln; er berührt gleichzeitig mit der anderen Hand den Gaskandelaber, auf dem die Glühlampe aufmontiert ist und bricht bewußtlos zusammen, erholt sich jedoch wieder in einigen Tagen. Da die üblichen Schalter nur einen Pol (einen Draht) unterbrechen, kann die Verbindung des Verunglückten mit dem anderen Pol zur Weiterleitung des Stromes genügen, so daß derselbe durch einfaches Ausschalten noch nicht befreit wird. Man muß also — gut selbst isoliert — den Verunglückten losreißen, oder beide Pole unterbrechen, indem man den Steckkontakt herausreißt. — Ein Kind steckt eine Haarnadel in einen niedrig angebrachten Wandkontakt und verbrennt sich schwer. — Eine Mutter kocht für ihr eineinhalbjähriges Kind Milch in einem elektrischen Kocher. Sie entfernt dann den Stecker aus dem Topfe, jedoch nicht die Schnur aus dem Wandkontakt; das Kind nimmt den Stecker in den Mund und wird sofort bewußtlos. Durch rasches Entfernen des Steckers und Schüttelbewegungen wird das Kind noch gerettet. — Nach Befreiung eines bewußtlosen Verunglückten muß sofort künstliche Atmung angewendet werden. (Mitt. d. Volksges.-A., Nr. 6, 1923.)

Herzdiathermie.

Durch Diathermie der Herzgegend erhöhen wir nach J. Kottmaier (Mainz) die Temperatur nicht nur des Herzmuskels, sondern auch die des Blutes. Das Wärmezentrum ist gegen die geringste Überwärmung außerordentlich empfindlich. Die experimentelle Erwärmung des in das Gehirn einströmenden Karotisblutes führt zu Erweiterung der Hautgefäße, Schweißproduktion und Wärmedyspnoe, indem das Wärmezentrum durch vermehrte Adrenalinproduktion eine Tonisierung des Symphatikus auslöst. Der erhöhte Adrenalingehalt des Blutes bewirkt eine stärkere Füllung des kleinen Kreislaufes. Schon nach kurzer Herzdiathermie beobachtet man Erhöhung des Blutdruckes und Pulsverlangsamung. Sie ist deshalb bei hochgradiger Sklerose der Hirngefäße und bei Neigung zu Lungenblutungen kontraindiziert. Basedowiker reagieren manchmal mit Erregungszuständen, während sonst das Gefühl behaglicher Ruhe entsteht. Die Herzdiathermie bewirkt auch durch die vermehrte Blutzufuhr eine verbesserte Ernährung des Herzmuskels selbst und leistet daher bei erschlafftem Herzmuskel namentlich bei anämischen Jugendlichen Vorzügliches. Die Erfolge bei der Angina pectoris werden auf die krampflösende Wirkung der Wärme auf die Koronargefäße zurückgeführt. Vitien mit Stauung im Pfortaderkreislauf, die auf Digitalis schlecht ansprechen, werden durch Herzdiathermie oft prompt gebessert. Das Verfahren ist bei vorsichtiger Technik durchaus gefahrlos. (Fortschr. d. Med. Nr. 7, 1923.)

Über eine neue Inhalationsmethode bei Lungentbc.

berichtete Prof. A. Dührssen in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Juli 1923). Sie stammt von Prof. v. Weninger aus Rio de Janeiro, der damit in Brasilien viele Hunderte von Kranken in ein bis vier Monaten durch tägliche Inhalationen geheilt haben soll. Die Methode wurde in Brasilien amtlich approbiert. Dührssen stellte einen Fall von offener Lungentbc. vor, der durch 24 Inhalationen in vier Wochen völlig geheilt wurde. Diese Aufsehen erregende Mitteilung wurde allerdings in der Gesellschaft zurückhaltend aufgenommen und müssen wohl weitere Nachprüfungen in großem Maßstabe abgewartet werden. Analog dem „Ehrlichschen 606“ wurde das neue Präparat „Weninger 174“ oder Ektoplasmin

genannt, da es chemotherapeutisch die Wachshülle der Tbc.-Bazillen, das Ektoplasma zerstört. Es enthält Uran, Thorium, Mangan und Säuren und soll imstande sein, die zelluläre Immunkörperproduktion anzuregen. **Die** Behandlung einer Anzahl von Lungentuberkulosen in einem Berliner Institut ergab, daß die tägliche Inhalation von 50 g Ektoplasmin vor allem keinerlei unangenehme oder schädigende Wirkung ausübt und auffallend günstig auf Husten, Auswurf, Schlaf, Appetit, subjektives Befinden usw. auch in den schwersten Fällen einwirkt. Die objektive Besserung geht der subjektiven parallel . Das Mittel dürfte bald erhältlich sein.

Koronargefäßerkrankungen — Euphyllin venös.

Prof. Guggenheimer (III. Med. Klinik, Berlin) konnte experimentell nachweisen, daß die Purinkörper eine bessere Durchblutung der Koronargefäße bewirken; am intensivsten wirkte so das Euphyllin (= Theophyllin-Äthylendiamin; Chem.-Werke Dr. Byk, Lehnitz bei Berlin). Klinisch bewährte sich die venöse Euphyllinbehandlung tatsächlich bei allen hierhergehörigen Zuständen: Angina pectoris, Asthma cardiale, Überleitungsstörungen usw. Schon die erste Injektion bringt vorübergehende Erleichterung, dauernde Euphyllinbehandlung Seltenerwerden der Anfälle. (D. m. W. Nr. 31, 1923.)

Die Polyglobulie der Herzkranken.

Jahrelange Beobachtungen von Herz- und Gefäßkranken zeigten Prof. A. Strasser (Wien), daß den manifesten Symptomen der Herzinsuffizienz die allmähliche Zunahme der Erythrozytenzahl, des Hämoglobingehaltes und der Blutviskosität, sowie parallel damit das langsame Heranwachsen eines meist derben Milz- und Lebertumors oft lange Zeit vorausgehen und die etappenweise Verschlechterung der Herzfunktion andeuten. Diese Symptome wurden also lange noch vor dem Auftreten einer akuten schweren Zyanose gefunden, die bekanntlich stets eine kompensatorische Polyglobulie zeigt. (Das durch die O_2-Armut gereizte Knochenmark produziert mehr Erythrozyten, um dem O_2-Bedürfnisse zu entsprechen). Auch wurden niemals kernhaltige Erythrozyten oder Urobilinurie gefunden. Außer der langsam zunehmenden Venosität des Blutes dürfte daher auch ein verringerter Zellzerfall in der durch die latente dauernde Stauung in ihrer Funktion beeinträchtigten Milz als Ursache der Polyglobulie in Betracht kommen. Denn eine solche entsteht schon bei einfacher Milzstauung durch Ligatur der Milzvene (Přibram).

Die prophylaktische Behandlung soll schon deshalb beim Auftreten dieser Frühzeichen der Kompensationsstörung einsetzen, da Plethora, Polyglobulie und Viskositätszunahme ihrerseits die Herztätigkeit erschweren. Neben den medikamentösen kommen physikalische und diätetische Maßnahmen in Betracht, vor allem die Ableitung auf den Darm (Egerer Salzquelle usw., O_2-Inhalationen u. dgl. (Ztschr. f. d. ges. phys. Ther., Bd. 27, H. 1/2, 1923.)

Äther subkutan bei schwerem Singultus

empfiehlt Latrouche. Ein bis zwei Injektionen à 4 bis 6 cm^3. Prompter Erfolg. (Presse méd. Nr. 40, 1923.)

Zur Desinfektion tuberkulösen Sputums

haben Uhlenhuth und Hailer vor zwei Jahren („Ars Medici“ 1921, S. 245 und 335) die Kresollaugen und die fertigen Präparate „Alkalysol“

(Hersteller Schülke & Mayr, A.-G., Hamburg) und „Parmetol“ (Chem. Fabrik Dr. Raschig, Ludwigshafen) warm empfohlen. Sie haben inzwischen ihre Versuche fortgesetzt, die beiden Präparate wurden von den herstellenden Firmen nach ihren Vorschlägen verbessert, und als drittes vollwertiges Mittel zur Sputumdesinfektion empfehlen sie nun das „Chloramin“ (Heyden). Alle diese Präparate sind in 5%iger Lösung dem Sputum zuzusetzen. Den Packungen des Chloramins wird ein kleines Maß oder ein Löffel beigefügt, mittels dessen 5 g abgemessen werden können. Auch kommt speziell für die Zwecke der Auswurfdesinfektion das Chloramin in eigener Packung unter dem Namen „Sputamin“ in den Handel. — Alle drei Präparate eignen sich auch zur Desinfektion von Wäsche, die mit tuberkulösem Auswurf beschmutzt ist. (D. m. W. Nr. 29, 1923.)

Neurologie und Psychiatrie.

Chinin bei Basedow

wurde schon vor über 100 Jahren von T r a u b e und seinen Schülern verwendet. Später wurde es besonders in Amerika und Frankreich mit Brom kombiniert als Chininum hydrobromicum verordnet. Bei längerer Behandlung mit großen Dosen, welche Basedowiker besser vertragen als Gesunde (dieser Umstand wird sogar zur Differentialdiagnose empfohlen), wurde eine Reihe von Dauerheilungen beobachtet. Über die Ursache der günstigen Wirkung des Chinins hat erst die jüngste Zeit (W e n c k e b a c h) Aufklärung gebracht. Das Chinin dämpft die erhöhte Herztätigkeit und wirkt also gewissermaßen antagonistisch gegenüber der Digitalis. Es ist daher bei den sogenannten „Hyperkinesen“ des Herzens angezeigt, zu denen gewiß auch die Basedowsche Krankheit gehört. Obwohl heute die operative Behandlung dieses Leidens die medikamentöse stark in den Hintergrund gedrängt hat, so ist doch das Chininum hydrobromicum (zwei- bis dreimal täglich 0.25 per os) wert, der Vergessenheit entrissen zu werden. Professor K l e i n s c h m i d t (Leipzig) hatte besonders gute Erfolge damit als Vor- und Nachbehandlungsmittel der wegen Basedow Operierten. Er betont auch, daß die Wirkung des Mittels eine gute Richtlinie für die noch bestehende Herzkraft abgibt: versagt das Chininum hydrobromicum vor der Operation, das heißt geht der Puls nicht wenigstens um 10 bis 15 Schläge in der Minute zurück, so ist der Herzmuskel schon zu stark geschädigt und eine Operation zu widerraten. ((Ztrlbl. f. Chir. Nr. 37, 1923.)

Betrachtungen zur Frühlues des CNS.

Von Dozent H. P e t t e (Univ.-Nervenklinik Prof. Nonne in Hamburg).

Bei Frühlues ohne Nervensymptome findet man in 80%, in der Spätlatenz ohne Nervensymptome nur noch in 19% spezifische Liquorveränderungen. 7% der letzteren sind nur geringfügig; es bleiben also 12%, welcher Prozentsatz ungefähr auch der Häufigkeit der Neurolues im Spätstadium entspricht (D r e y f u s).

Während die gummöse Form der Zerebrospinallues selten geworden ist, beobachtet man jetzt häufig als ihren Ausdruck die a k u t e M e n i n g i t i s, und zwar in 50% in weniger als sechs, meist schon zwei bis drei Monate nach der Infektion. Ihre Symptomatologie ist launenhaft: Manchmal Vorzeichen wie Müdigkeit, Schwindel, Morgenerbrechen, starke Gewichtsabnahme; manchmal akutes Einsetzen mit unerträglichem Kopfschmerz, Bewußtseinsstörungen, Delirien; manchmal Beginn mit epilepti-

schen Anfällen oder Hirnnervensymptomen usw. Sind die spinalen Meningen stärker befallen, so resultieren ziehende, nicht selten gürtelförmige Schmerzen im Rücken, Kreuz, Parästhesien der Extremitäten u. dgl. Fehldiagnosen (Lumbago, Ischias, Nierenkolik usw.) sind häufig. Seltener ist plötzlicher Beginn mit Fieber. Immerhin soll bei jeder unklaren Meningitis auch an Lues gedacht werden. Entscheidend ist namentlich die WaR. im Liquor, während der Blut-Wassermann häufig negativ ist (in 42% der Frühfälle!). Viele spezifische Meningitiden bleiben unbeobachtet, da sie nur mit Kopfschmerzen einhergehen, die den Kranken nicht zum Arzt treiben. Man kann geradezu sagen, daß jeder Luiker, der das Sekundärstadium erreicht, zu irgend einer Zeit seine Meningitis durchmacht.

Es ist heute kein Zweifel mehr, daß seit der Salvarsanära die Frühlues des CNS häufiger geworden ist. Die Ursache liegt in der verschiedenen Wirkung des Hg und des Salvarsan. Letzteres wäre ideal, wenn es immer damit gelänge, alle Spirochäten tödlich zu treffen. Da aber durch Salvarsan meist nur der größte Teil der Erreger vernichtet wird, so resultiert eine Abschwächung der natürlichen Immunkräfte, die dem Patienten zum Verhängnis wird. Plaut und Mulzer (M. m. W. Nr. 20, 1923) haben tierexperimentell nachgewiesen, daß Spirochätenstämme neurotrop werden, wenn man die mit ihnen infizierten Tiere mit Salvarsan behandelt. Doch liegt die Gefahr hauptsächlich in der ungenügenden Salvarsandosierung. Die meisten Fälle von Neurolues haben im ersten und zweiten Stadium zu wenig Salvarsan erhalten. Bei kunstgerechter Behandlung wird die überwiegende Mehrzahl geheilt; hiezu gehört auch die Kräftigung des Organismus und die eventuelle Anregung der Immunkörperproduktion (Fiebertherapie, Malariabehandlung der Paralyse usw.). (M. Kl. Nr. 33, 1923.)

Pneumokephalische Behandlung der Paralysis agitans.

Prof. Benedek und Thurzo (Debreczen) haben bei einem 63jährigen Mann, der seit zwei Jahren an Parkinsonscher Krankheit litt, die von Dandy und Bingel zu diagnostischen Zwecken eingeführte Lufteinblasung in den Wirbelkanal mittels Lumbalpunktion („Ars Medici" 1923, S. 104) mit gutem therapeutischen Erfolge angewendet. Es wurden zwei Einblasungen mit neuntägigem Intervall durchgeführt, unter den in der Münch. m. W. (1923, S. 19) angegebenen Vorsichtsmaßregeln. Jedesmal wurden etwa 40 cm^3 Liquor abgelassen und eben so viel Luft eingeblasen. Der Kranke wurde wieder arbeitsfähig, die Starre schwand fast vollkommen, während das Zittern zurückblieb. (Orvosi Hetilap Nr. 34, 1923.)

Chirurgie.

Abriegelnde Bluteinspritzung bei Karbunkeln und Phlegmonen.

Prof. Läwen (Marburg) berichtete auf dem letzten Chirurgen-Kongreß, daß es ihm gelang, durch allseitige Umspritzung der Krankheitsherde bei Phlegmonen, Karbunkeln usw. mit frisch entnommenem Eigenblut die Resorption gefährlicher Bakteriengifte hintanzuhalten und die Infektionserreger selbst in ihrer Wirkung zu schwächen oder sie abzutöten. Hilgenberg und Thormann weisen nun im Tierexperimente die Richtigkeit des Grundgedankens für dieses Verfahren nach. Sie injizierten Tieren Strychnin, Kokain und Kurare und es gelang ihnen, durch zentral von dem Giftdepot vorgenommene abriegelnde Flüssigkeitsinfiltration die

Wirkung des Giftes zu verringern und zum Teil ganz aufzuheben. Die Wirkung gleicht wohl zum Teil der umgelegten Esmarchschen Binde; in dem ganz zirkulationslosen Gebiete werden die Gifte zerstört oder kommen dann in den Kreislauf nur in kleinsten Dosen, mit welchen der Organismus fertig wird. Oft wird die Umspritzung aber nicht ganz zirkulationsaufhebend wirken, sondern nur ähnlich der Bierschen Stauung; hier ist dann die günstige Wirkung mit der Verdünnung der Gifte durch das Ödem und mit der ebenfalls verlangsamten Resorption zu erklären. Schließlich wird wohl bei Injektion von Eigenblutserum auch die Proteinkörperwirkung in Betracht kommen, deren günstiger Einfluß in bezug auf den Kampf des Organismus mit den Bakterien ja feststeht. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 180, H. 4/6, 1923.)

Autohaemotherapie des Erysipels.

Schiller (Budapest) behandelte 120 Rotlauffälle mit intravenöser Injektion von 100 cm³ 2°/₀₀iger Magnollösung und erzielte in 80% der Fälle gute Erfolge. Wegen der Emboliegefahr verließ Verfasser die Magnoltherapie und ging zur Nourneyschen Eigenblutbehandlung über, welche ebensolche Heilerfolge ermöglicht. Der Kubitalvene werden 1.5 bis 2 cm³ Blut entnommen und in das Unterhautgewebe der Ellenbeuge eingespritzt. Wird die Ausbreitung des Erysipels dadurch nicht aufgehalten, so wird die Injektion in zweitägigen Intervallen ein- bis zweimal wiederholt. Von 70 Fällen versagte die Therapie nur viermal. Die Krankheitsdauer sank durchschnittlich auf die Hälfte. (Orvosi Hetilap Nr. 36, 1923.)

Zur Händedesinfektion

empfiehlt Fecht (Weizen) auf Grund langjähriger Erprobung:

zwei Minuten waschen mit Heißwasser, Seife, Bürste;

fünf Minuten bürsten mit 2% Sagrotanlösung (Schülke & Mayr in Hamburg);

drei Minuten bürsten mit 1°/₀₀ Sublaminlösung (Schering in Berlin).

Trotzdem Verfasser oft gezwungen war, nach septischen Operationen am selben Tage Geburtshilfe zu treiben und z. B. Nachgeburten auszuräumen, kam bei diesem Verfahren keine Sepsis zur Beobachtung. Die Mittel sind wenig giftig, reizen auch empfindliche Hände nicht, die Lösungen sind lange haltbar und die Kosten sind verhältnismäßig gering. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 32, 1923.)

Die Behandlung maligner Geschwülste mit „Tumorzidin".

Nach den Angaben Deutschmanns stellt das Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg ein Serum „Tumorzidin" aus dem Blute von Tieren her, deren Organismus durch parenterale Verimpfung von Keimzellen zur Bildung von Abwehrstoffen angeregt wurde. Kotzenberg und einzelne andere Autoren wollen mit Tumorzidin schon Erfolge erzielt haben. Gohrbaudt (Chir. Univ.-Klinik, Charité, Berlin) prüfte das Mittel bei 30 Kranken nach, zumeist bei noch nicht zu alten operablen Fällen, welche die Operation verweigerten. Nur in wenigen Fällen zeigte sich geringe Besserung, die nicht lange anhielt. Die venöse Injektion macht schwere anaphylaktische Anfälle, die muskuläre Injektion und die Umspritzung des Tumors werden gut vertragen. Verfasser kommt zu dem Resultate, daß die Wirkung des Tumorzidins keine spezifische, sondern Reizkörperwirkung ist. Nach wie vor gilt daher: Jeder maligne Tumor gehört zunächst dem Messer des Chirurgen, dann der Strahlenbehandlung. Versagen beide, dann ist gegen einen Versuch mit Tumorzidin oder

anderen Seren nichts einzuwenden. Ebenso kann natürlich die Nachbehandlung eines operierten Tumors mit Serum erfolgen. (D. m. W. Nr. 32, 1923.)

Nitroglyzerin in der Chirurgie.

Gerade in der Chirurgie braucht man oft ein schnell wirkendes Mittel gegen Herzschwäche und Kollapszustände. Prof. Franke (Braunschweig) ist mit der meist angewendeten Therapie nicht zufrieden gewesen. Digitalis, Kampher, Traubenzuckerinfusionen wirken zu langsam. Besser ist noch Strophantin venös oder Adrenalin intrakardial, aber die Wirkung beider läßt bald nach, und eine mehrmalige Injektion von Adrenalin direkt ins Herz ist doch wohl nicht unbedenklich. Dagegen ist das Nitroglyzerin zu wenig als Therapeutikum geschätzt. Es bewirkt rasch durch zentrale Einwirkung eine starke Erweiterung der Gefäße des Gehirnes, Gesichtes und weiter der ganzen oberen Körperhälfte, besonders auch der Koronararterien des Herzens, schließlich bei längerem Gebrauche des ganzen Gefäßsystems und hat eine lange anhaltende Wirkung. Die Arteria radialis füllt sich schon nach wenigen Minuten, das Gesicht wird voller, die Augen glänzender und lebhafter. Bei größeren Dosen stellen sich Vergiftungserscheinungen ein, und zwar zunächst Kopfschmerzen, das Gefühl eines den Schädel umspannenden Reifens, dann Schwindel, Übelkeit, Schweißausbruch, eventuell sogar leichte Delirien heiteren Inhaltes. Bei Aussetzen der Medikation schnelle Heilung; schwerere Erscheinungen oder gar den Tod sah Verfasser trotz ausgedehnter Anwendung des Nitroglyzerins nie. Man gibt besser noch als die übliche alkoholische Lösung die wässerige: Rp. Solutio Nitroglyzerini 0.02: 150.0. S. Stündlich (in sehr eiligen Fällen halbstündlich) einen Eßlöffel. Nach eingetretener Wirkung wird nur zweistündlich ein Eßlöffel gereicht. Bei eintretenden Kopfschmerzen und dem oben erwähnten Gefühl des „Reifens um den Kopf“ wird die Dosis noch verringert. Länger als acht Tage hintereinander soll man das Mittel nur ausnahmsweise geben. Daneben kann und muß eventuell Kampher, Adrenalin usw. angewendet werden. Neben den internen Indikationen (anämischer Kopfschmerz, Gefäßkrämpfe, Angina pectoris, Asthma, Nephritis) ist die Wirkung des Nitroglyzerins bei Schwächezuständen nach Operationen, postoperativen Pneumonien u. dgl. geradezu glänzend. Ferner sei noch auf die Raynaudsche Erkrankung und ähnliche Zustände hingewiesen, wo die fortschreitende Gangrän prompt zum Stehen gebracht werden kann. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 34, 1923.)

Die Oesophaguskarzinome

entstehen häufig auf narbiger Grundlage. Schirmer (Baseler Klinik) berichtet über einen solchen Fall und stellt zahlreiche Fälle aus der Literatur zusammen. Traumen und entzündliche Stenosen geben meist die Grundlage der Narben ab. Ein anderes Mal entwickelte sich der Speiseröhrenkrebs direkt neben einem gutartigen Lipom des Oesophagus und überwucherte dieses dann. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. 31, H. 5/6, 1923.)

Ein praktischer und sparsamer feuchter Verband

bei entzündlichen Infiltraten u. dgl. ist nach Günther (Bad Nauheim) der von Häberlin angegebene: Über eine feuchte Lage von Gaze kommt eine Lage Zellstoff und darüber ein trockenes viereckiges Stück Billroth-Battist, dessen Ränder durch vier Heftpflasterstreifen an der trockenen Haut so befestigt werden, daß die Streifen in ihrer ganzen Länge halb dem Billroth, halb der Haut aufliegen. Man gewinnt so eine allseits geschlossene

feuchte Kammer, die ausgezeichnet hyperämisierend und damit resorbierend wirkt. (M. Kl. Nr. 32, 1923.)

Stumpfe Bauchverletzungen — Diagnose.

Schwindet der Schock nicht spätestens nach zwei bis drei Stunden, so ist nach M. Grasmann (München) der Verdacht auf Kollaps infolge innerer Blutung oder fortschreitender Peritonitis gegeben. Ein differentialdiagnostisch wichtiges Zeichen bei allen Baucherkrankungen ist die Druckempfindlichkeit des Douglas. Man führe den Finger in den After ein, lasse ihn einige Zeit ruhig liegen und prüfe zuerst die Druckempfindlichkeit der Prostata, dann jene der Umschlagstelle des Peritoneums an der Blase und dann am Rektum. Ist die Douglasfalte druckempfindlich, so ist mit Sicherheit pathologischer Inhalt im Bauch (Blut, Magen-Darminhalt, Exsudat) und damit die Laparatomie absolut indiziert. Es soll daher bei jeder Verletzung oder Erkrankung des Bauches prinzipiell rektal untersucht werden. (M. m. W. Nr. 33, 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Amenorrhoe und Dysmenorrhoe — Hypophysenbestrahlung.

Bei zahlreichen schweren Fällen von Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe und klimakterischen Ausfallserscheinungen (Wallungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Nervosität) konnte Dozent Werner (II. Univ.-Frauenklinik, Wien) überraschend gute Erfolge mit Röntgenbestrahlung der Hypophysengegend erzielen. Die angewandte Technik war: 4 cm² großes Feld in der Schläfengegend der einen Seite; 0.5 mm Zn, selbsthärtende Siederöhre von 18 bis 20% Tiefenquotient, ½ HED. Bei Amenorrhoe traten die Menses wieder auf; Dysmenorrhoikerinnen, die schon alle möglichen Verfahren versucht hatten, erklärten, nach der Bestrahlung zum ersten Male in erträglicher Weise die Menses überstanden zu haben. Die sehr lästigen Ausfallserscheinungen im Klimakterium ließen schon kurze Zeit nach der Bestrahlung nach. Die Erfolge scheinen noch prompter zu sein als die der Ovarialbestrahlung („Ars Medici“ 1923, S. 112). Die Erklärung der Wirkung ist schwer zu geben. Verfasser glaubt, daß weniger eine Einwirkung auf die Hypophyse vorliegt als vielmehr auf den Boden des dritten Ventrikels, wo die Kerne des vegetativen Nervensystems liegen. (Ztrlbl. f. Gyn Nr. 31, 1923.)

Anomalien der Wehentätigkeit.

Von Prof. Th. v. Jaschke (Gießen).

Man unterscheidet zwischen primärer und sekundärer **Wehenschwäche,** je nachdem dieselbe vom Beginn der Geburt an besteht, oder erst im Verlaufe derselben auftritt. Erstere beobachtet man namentlich bei Erstgebärenden mit infantilem Uterus, bei alten Erstgebärenden infolge Überdehnung der Muskelwand, ferner bei vorzeitigem Blasensprung, bei Fußlagen, bei künstlicher Frühgeburt; bei letzterer handelt es sich meist um Ermüdung infolge zu langer Geburtsdauer bei engem Becken, Rigidität der Zervix u. dgl.

Therapie. Zunächst überzeuge man sich, ob Blase und Mastdarm leer sind. Ein Hängebauch ist durch Aufbinden zu beseitigen, da er die normale Wehenrichtung beeinträchtigt. Bei sicher übermäßiger Ausdehnung des Uterus infolge Hydramnion Blasenstich mittels ausgekochter

Stricknadel, sonst Pituglandol 0.5, alle ein bis zwei Stunden muskulär. Ist die primäre Wehenschwäche nicht hochgradig, steht die Blase noch und handelt es sich um Schädellage, so ist es meist am besten, ruhig abzuwarten, die Frau zeitweise aufstehen und umhergehen zu lassen. Wenn hingegen voraussichtlich ein Eingriff notwendig ist und hiezu eine möglichst baldige Erweiterung des Muttermundes, z. B. bei partieller Placenta praevia mit mäßigen Blutungen oder bei Vorliegen der Nabelschnur, so gibt man kleine Pituitrindosen und legt für einige Stunden einen Kolpeurynter ein. Ist der Muttermund bereits fünfmarkstückgroß, die Zervix vollständig entfaltet und der vorliegende Teil fixiert, so kann die Geburt durch die Blasensprengung mit anschließender Injektion von 1 cm^3 Pituitrin überraschend beschleunigt werden. Die Metreuryse ist nur dann angezeigt, wenn bei vorzeitigem Blasensprung ein vorliegender Teil fehlt oder mangelhaft fixiert ist, so daß die Gefahr übermäßigen Fruchtwasserabflusses droht, z. B. bei engem Becken mit abgewichenem Kopf, bei Querlagen u. dgl. In der Austreibungsperiode ist Pituitrin, 1 cm^3 muskulär, das souveräne Mittel. Demselben gleichwertig ist das deutsche Pituglandol (Chem. Werke Grenznach), während die Wirkung aller übrigen Hypophysenpräparate inkonstant ist. Sekalepräparate dürfen nur in der Nachgeburtsperiode verwendet werden! Am empfehlenswertesten ist das Sekakornin; ferner auch Ergotin Denzel, Ergotin. dialysat. Wernig und das synthetisch hergestellte Ersatzpräparat Tenosin (Elberfelder Farbwerke). Chinin ist entbehrlich; per os wirkt es inkonstant, und venös macht es häufig Beschwerden, Übelkeit, Schwindel, Ohrensausen. Bringt Pituitrin nicht sofort den gewünschten Erfolg, so ist es, wenn irgend möglich, am besten den übermüdeten Uterus ausruhen zu lassen, indem man 2 cm^3 Pantopon injiziert. Die Frau schläft dann gewöhnlich für einige Stunden ein, fühlt sich hierauf wesentlich frischer und nun setzten oft ganz spontan allmählich zunehmende und ausreichende Wehen ein, oder der Uterus spricht mindestens jetzt auf Pituitrin ausgezeichnet an. Niemals ist die Wehenschwäche an sich eine Indikation für irgend eine entbindende Operation! War man zu einer solchen infolge Asphyxie des Kindes oder Fieber intra partum u. dgl. gezwungen, so muß wegen Gefahr der atonischen Blutung sofort nach der Geburt 1 cm^3 Sekakornin injiziert und der Uterus bis einige Zeit noch nach Ausstoßung der Plazenta sorgfältig überwacht werden.

Zu starke Wehen können zur Sturz- und Gassengeburt und bei Erstgebärenden zur Dammzerreissung führen. Die Gefahren sind im allgemeinen nicht groß; eine Therapie kommt nicht in Frage. Anders bei den Krampfwehen, bei welchen Pausen zwischen den Wehen vollständig fehlen (Tetanus uteri) oder nicht nachweisbar sind (klonische Kontraktionen). Meist handelt es sich nur um partielle Krämpfe des inneren (Strictura uteri) oder des äußeren Muttermundes (Trismus uteri). Der Tetanus uteri kommt fast nur in der Austreibungsperiode vor. Die Krampfwehen verzögern die Geburt und gefährden das Kind durch Störung des Plazentarkreislaufes. Der Tetanus uteri wird beobachtet bei aufsteigender Infektion (Fieber intra partum) im Anschluß an erfolglose Entbindungsversuche bei Querlagen oder nach forcierten Zangenversuchen und besonders nach Mißbrauch von Wehenmitteln, namentlich Sekale während der Geburt. Noch häufiger nach erfolglosen Entbindungsversuchen ist die Strictura uteri, die zu Schnürfurchen am Kinde führen kann. Bei Krampfwehen muß vor allem Morphium oder Pantopon injiziert werden. Muß sofort entbunden werden, so schließt man eine tiefe Chloroformnarkose an. Vor Lösung des Krampfes ist jede Entbindung ausgeschlossen. (Jahresk. f. ä. Fortb., VII., 1923.)

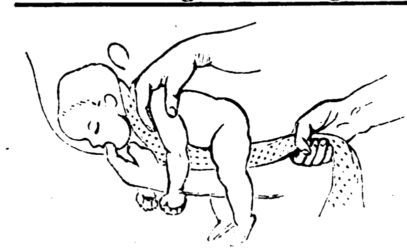
Druckgefühl auf den Mastdarm als Zeichen der erfolgten Plazentaausstoßung aus dem Uterus.

Alle Geburtshelfer stehen heute auf dem Standpunkte, daß man (abgesehen von Atonie, schweren Blutungen usw.) die Credésche Plazenta-Expression erst ausführen darf, wenn die Nachgeburt gelöst im Zervikalkanal oder in der Scheide liegt, was meist etwa eine halbe Stunde nach der Geburt der Fall ist. Für die Erkennung der erfolgten Plazentaausstoßung wurden mehrere Zeichen angegeben: das Hochsteigen des Uterus über Nabelhöhe, sein Schmal- und Kantigwerden (Schroeder), das Vorrücken der Nabelschnur aus der Scheide (Ahlfeld; siehe „Ars Medici" 1921, S. 404 und 1922, S. 122), das Nichtmehrzurückgleiten der aus der Vulva heraushängenden Nabelschnur bei Druck der Symphyse (Küstner). Mikulicz-Radecki (Univ.-Frauenklinik, Leipzig) macht auf ein altbekanntes, aber fast vergessenes Zeichen aufmerksam; ein subjektives Druckgefühl auf den Mastdarm zeigt die erfolgte Plazentaausstoßung an. Das ist zwar nur ein subjektiv von der Gebärenden gefühltes Anzeichen; aber wenn man die Frauen gleich nach der Geburt auffordert, darauf zu achten, so geben sie es fast immer prompt an, und die Nachprüfung bei 190 Fällen zeigte, daß dann die Plazenta wirklich ausgestoßen war und sich leicht exprimieren ließ. Man kann also bei normalem Geburtsverlauf ruhig warten, bis die Frau das Druckgefühl auf den Mastdarm angibt, und braucht nicht fortwährend den Uterus zu betasten oder die Vulva zu entblößen, um die Nabelschnur zu beobachten. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 27, 1923.)

Die Eigenblutinjektion bei gynäkologischen Blutungen und Operationen

(„Ars Medici" 1920, S. 250 usw.) bringt Burgkhardt wieder in Erinnerung. Nichts ist so einfach und dabei so segensreich wie dieses, von Thies inaugurierte Verfahren. Bei schweren Blutverlusten (Placenta praevia, Metrorrhagie usw.), bei vaginalen Exstirpationen und Laparotomien fängt man einfach das Blut der Kranken in einer sterilen Emailschale auf, filtriert es durch eine fünf- bis sechsfache sterile Mullschicht und injiziert es sofort muskulär in die Oberschenkel oder Glutaei. Die Injektionsstelle wird behufs besserer Resorption mit einem komprimierenden Verband versehen. Alle Befürchtungen wegen Infektion haben sich in der Praxis als grundlos erwiesen. Die Filtration durch die Mullschichte scheint alle Fremdkörper und Lebewesen in genügendem Maße zurückzuhalten. Die operierten Frauen erholen sich auffallend schneller, die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt erstaunlich schnell wieder zu. Die von einigen Autoren empfohlene rektale Wiedereinverleibung des Blutes scheint ungenügend zu wirken. (D. m. W. Nr. 30, 1923.)

Zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes.



Wenn die üblichen Handgriffe versagen, so gelingt es häufig bei noch pulsierender Nabelschnur ein lebendes Kind zu entwickeln, wenn man die Methode von H. Beer (Wien) anwendet, die dieser wie folgt schildert:

„Ich lege dem Kinde ein langes Handtuch nach Art eines Schals um den Nacken. Die Enden des Handtuches ziehe ich zwischen den Beinen

des Kindes durch und übergebe sie der Hebamme mit dem Auftrage, je nach meiner Anordnung mit mehr oder weniger Kraft an dem Handtuche, das nun wie eine Schlinge dem Kinde um den Nacken liegt und über dessen Brust und Bauch zwischen den Oberschenkeln durchzieht, anzuziehen. Indessen habe ich nach Mauriceau das Kind auf meinen linken Unterarm gelagert und dessen Nacken zwischen meinen rechten Zeige- und Mittelfinger gezwängt. Ich lasse nun die Hebamme anziehen, ich selbst befasse mich bloß mit der Entwicklung des Kopfes." (W. m. W. Nr. 34/35. 1923.)

Die Placenta praevia

ist eine der lebensgefährlichsten Geburtskomplikationen. Aus der reichen Diskussion der letzten Jahre (Monographie von Hitschmann, Aussprache auf dem Kongreß in Innsbruck) ergibt sich nach Dozent Dietrich (Göttingen) einwandfrei, daß die Resultate der Anstaltsbehandlung fast zehnmal so gute sind als die bei Behandlung durch den Praktiker im Hause der Gebärenden. Es folgt daraus die Verpflichtung, jede Placenta praevia — wenn irgend möglich — in ein Krankenhaus oder eine Klinik zu überführen; diese Überführung geschehe möglichst frühzeitig und ohne oder nach nur einmaliger ärztlicher Untersuchung. Da 98% der Blutungen am Schwangerschaftsende durch Placenta praevia verursacht sind, ist die Untersuchung ja wirklich fast überflüssig; die Hebammen sind jedenfalls zu instruieren, bei Blutung am normalen Schwangerschaftsende nicht innerlich zu untersuchen, sondern den Arzt zu rufen. (Bei der enorm seltenen Varixrißblutung der Vagina fließt das Blut im Strahl in solcher Menge nach außen, daß die Diagnose leicht ist, und nur sofortige Umstechung der blutenden Stelle das Leben der Frau retten kann.) Zur Überführung in eine Anstalt ist die Tamponade der Vagina zu empfehlen, jedoch nur, wenn sie aseptisch, fest und gründlich mit Spekulum angelegt werden kann; das bloße Hineinstopfen von zwei bis drei Wattekugeln in die Vagina stillt die Blutung nicht und wirkt nur infektionsbefördernd.

1. Wichtig ist das frühzeitige Eingreifen; der Arzt muß sofort die Überführung in die Klinik veranlassen oder sofort die Therapie beginnen. Oft steht die Blutung beim Eintreffen des Arztes, und dann ist es zu verlockend, abwartend vorzugehen. Aber die zweite Blutung folgt sicher nach, und bis dann der Arzt wieder zur Stelle ist, kann die Frau verblutet sein. Wenn auch der Muttermund erst für einen oder knapp für zwei Finger durchgängig ist, muß trotzdem sofort eingegriffen werden.

2. Die Blasensprengung kommt nur in Frage bei Längslage, guten Wehen und nur partieller Placenta praevia, das heißt wenn neben dem vorliegenden Plazentalappen die Eihäute zu fühlen sind. In diesem Falle kann (muß aber nicht immer) der ins Becken tretende Kopf die uteroplazentaren Gefäße komprimieren und so die Blutung stillen. Die Blasensprengung soll nicht durch Druck erfolgen, weil sonst die Plazenta noch mehr abgelöst wird, sondern mittels Kornzange und der einen Hälfte einer Kugelzange als Häkchen.

3. Die Wendung auf den Fuß nach Braxton-Hicks ist für den Praktiker die Methode der Wahl. Bei frühzeitiger Anwendung sind sehr gute Resultae zu erzielen. Die Wendung ist wohl immer eine kombinierte, geschieht also mit zwei Fingern im Uterus unter Hilfe der äußeren Hand; denn beim Beginn der Blutung ist der Muttermund meist noch nicht für die ganze Hand durchgängig. Nach Herunterholen des Fusses komprimiert der Steiß die blutenden Gefäße, und die Blutstillung ist stets

eine vollkommene. Der Fuß wird mit schwachen Gewichten (bis ½ kg) belastet, denn wir wollen ja die Geburt nicht beschleunigen, sondern im Gegenteil langsame und schonende Erweiterung bewirken. Der weitere Geburtsverlauf muß unbedingt spontan erfolgen; jeder Beschleunigungsversuch bringt die Gefahr der Zerreissung der bei Placenta praevia besonders brüchigen Zervix, welche bei so tief sitzendem Mutterkuchen stets sehr gefäßreich ist; ein Zervixriß führt hier sehr häufig zur Verblutung. Es ist gewiß verlockend, ein vielleicht noch lebendes Kind jetzt extrahieren zu wollen, aber eine Extraktion nach Wendung bei Placenta praevia ist ein „Attentat auf die Mutter". Da muß man schon lieber den Verlust des Kindes in Kauf nehmen, das allerdings bei dieser Methode in 80% der Fälle unter der Geburt stirbt. Natürlich darf der Arzt die Gebärende nach der Wendung nicht verlassen.

4. Die Metreuryse bringt mehr lebende Kinder als die Wendung. Ein Braunscher Gummiballon von 600 cm³ Inhalt (mit einem Durchmesser von 11 cm in gefülltem Zustande) wird nach Blasensprengung eingelegt. Nach Ausstoßung des Metreurynters erfolgt nur in 20% der Fälle schnelle Geburt; in den übrigen Fällen blutet es erneut, und es muß nun gewendet werden. An diese Wendung kann man aber die Extraktion anschließen, weil ja durch die Metreuryse (bei Wahl eines genügend großen Gummiballons) der Muttermund voll erweitert ist. Auch der Metreurynter soll nur bis zu ½ kg belastet werden. In der letzten Zeit wird die Frage: „Wendung oder Metreuryse bei Placenta praevia?" viel diskutiert („Ars Medici" 1922, S. 307 usw.). Dazu ist zu sagen: Vorteile der Wendung: leichtere Technik, bessere Asepsis, weil nur einmaliger Eingriff ohne Balion. Nachteile der Wendung: 80% tote Kinder; Durchführbarkeit erst bei für zwei Finger durchgängigem Muttermund. Vorteile der Metreuryse: Durchführbarkeit schon bei für einen Finger durchgängigem Muttermund, nur 35% tote Kinder. Nachteile der Metreuryse: kompliziertere Technik, mehr Infektionsgefahr, da der Ballon lange liegt und meist noch Wendung angeschlossen, also zweimal eingegangen werden muß. Immerhin ergibt die Statistik bei klinischer Geburtsleitung für beide Verfahren gleiche Mortalität der Mutter und für die Wendung bedeutend höhere Mortalität des Kindes; es bietet also für den Geübten die Metreuryse bessere Resultate.

5. Nachgeburtsleitung. Mit der Geburt des Kindes ist bei Placenta praevia die Gefahr für die Mutter noch nicht beseitigt. Es kommt sowohl vor als nach Ausstoßung der Plazenta noch in etwa 35% der Fälle zu Blutungen. Daran trägt die häufigere Adhärenz oder Anwachsung der Plazenta, sowie auch die Überdehnung des unteren Uterinsegmentes die Schuld. Jede nennenswerte Blutung in der Nachgeburtsperiode ist natürlich bei der schon ausgebluteten Frau gefährlich und erfordert sofortige Anlegung eines Aortenkompressoriums (Modell von Rissmann, Sehrt, Riediger), welches Instrument für die Leitung einer Placenta-praevia-Geburt fast unerläßlich ist. Löst sich nun die Plazenta nicht auf intravenöse Injektion von 1 cm³ Pituglandol, so wird sie durch Credé, durch Credé in Narkose und bei Mißlingen manuell gelöst. Steht nun nach vorsichtigem, langsamem Abnehmen der Klemme die Blutung nicht, so erfolgt Uterustamponade und Naht eines etwaigen Risses. Kräftige Sekalegaben sorgen für dauernde Uteruskontraktion. Statt der Uterustamponade kann in der Klinik auch direkt die blutende Stelle des Plazentarbettes mit Spekulis freigelegt und umstochen werden. Nach Stehen der Blutung Analeptika und subkutane oder venöse Normosalinfusion; eventuell wird das verlorene und aufgefangene Blut als Klysma oder intramuskulär einverleibt.

6. Schnittentbindung. Diese Bezeichnung verdient wohl den Vorzug vor dem von den Laien noch gefürchteten „Kaiserschnitt". Bei außerhalb der Klinik nicht infizierten Frauen kommt als die idealste Geburtsbeendigung bei Placenta praevia der abdominale Zervixschnitt in Betracht. Durch ihn wird die Dehnung des unteren Uterinsegmentes und damit die Loslösung der Plazenta mit allen folgenden Gefahren für Mutter und Kind vermieden. Besonders indiziert ist die Schnittentbindung bei Placenta praevia totalis, bei älteren Erstgebärenden, bei engem unnachgiebigem Muttermund und rigider Zervix. Die Schnittentbindung hat eine mütterliche Mortalität von 3% (gegenüber 6% bei Wendung oder Metreuryse) und eine kindliche Mortalität von fast Null (gegenüber 80% bei Wendung und 35% bei Metreuryse). (Klin. Wschr. Nr. 36, 1923.)

Der puerperale Uterusgasbrand

ist, besonders nach Abtreibungsversuchen, gar nicht so selten. Nur scheint die richtige Diagnose häufig nicht gestellt zu werden. Dozent Brütt (Chir. Univ.-Klinik, Hamburg-Eppendorf) berichtet über sieben Fälle. Man findet Schüttelfrost, Fieber und übelriechenden Fluor; der Uterus ist als prall-elastischer, sehr druckempfindlicher Tumor durch die Bauchdecken zu palpieren, und bei seiner Betastung fühlt man deutliches Knistern. Kommt die Kranke nicht zu spät in Behandlung, so ist sofortige Totalexstirpation des Uterus angezeigt, durch welche Verfasser in zwei Fällen das sonst sicher verlorene Leben retten konnte. Bei der Laparatomie findet man den Uterus ballonartig aufgetrieben, seine Oberfläche blauschwarz bis graugrün gefärbt; seine Perkussion ergibt ausgesprochen tympanitischen Klopfschall und seine Betastung deutliches Gasknistern. Aus dem Vaginalsekret lassen sich keine Anaeroben züchten, aus dem Uterus aber Koli- und Fraenkelsche Gasbazillen. (Arch. f. Gyn., Bd. 116 und Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 33, 1923.)

Die Pyelitis ist bei Frauen

mehr als zehnmal so häufig wie bei Männern. Bekannt und von vielen Autoren beschrieben ist die Pyelitis während der Gravidität und des Puerperiums. Aber auch andere Phasen des weiblichen Sexuallebens begünstigen das Entstehen von Pyelitis, wie Matusovsky (I. Univ.-Frauenklinik, Budapest) betont, und zwar die Menstruation und der Koitus. Vielleicht ist es die bei Menstruation und Koitus bestehende Beckenhyperämie oder der mechanische Insult des Hineinpressens von Keimen in die Urethra bei der Kohabitation, jedenfalls läßt sich immer wieder beobachten, daß Pyelitiden sich während der Menses und nach Exzessen in venere verschlimmern und häufig bei jung verheirateten Frauen im Anschlusse an die Defloration unter Schüttelfrösten und Fieber auftreten. Verfasser berichtet über einige solche Fälle. Wenn daher Neuvermählte über Urinierbeschwerden klagen, so ist zunächst an Gonorrhoe zu denken; läßt sich aber diese ausschließen und sind Symptome von Pyelitis vorhanden, so ist eine Erkältung oder die Defloration die Ursache. Solche Deflorationspyelitiden sind fast immer vom Bacterium coli hervorgerufen. Übrigens mag zu der Häufigkeit der Pyelitis bei Frauen auch deren häufige Obstipation und ihr häufiges langes Urinzurückhalten (aus Schamgefühl) durch die bewirkte Hyperämie beitragen. Man belehre also die Frauen über die Schädlichkeit der willkürlichen Urinverhaltung und der Obstipation. (Ztschr. f. Urologie, Bd. 17, H. 9, 1923.)

Zur Frühdiagnose des Uteruskarzinoms.

Nach einem Vortrage von O. Gerich in Riga.

Krebsverdächtige Symptome sind: 1. Blutungen post cohabitationem. Sie sind viel häufiger durch Ca. (meist Portiokrebs) als durch Erosionen, Polypen, Kolpitis oder Endometritis bedingt. 2. Blutungen in der Menopause entstehen in 75 bis 90% infolge Ca. Wenn nach längerer Menopause wieder monatliche Blutungen auftreten, so soll man nie an ein Wiederauftreten der Menses denken, da weitaus am häufigsten Ca. vorliegt. 3. Vaginale Blutungen beim Urinieren und beim Stuhlgang. Sie entstehen durch Ruptur oberflächlicher Gefäße des Ca. infolge der Blutstauung beim Pressen oder Niederhocken. 4. Auch Metrorrhagien können durch Ca. verursacht sein. 5. Lange Zeit kann als erstes Symptom noch vor Auftreten von Blutungen hartnäckiger, wässerig-schleimiger oder eitrig-flockiger oder fleischwasser-ähnlicher Ausfluß mit und ohne Pruritus vulvae bestehen.

Ein wie ein Ovulum Nabothi aussehendes, hartes, submuköses Knötchen an der Portio, aus welchem sich beim Anstechen nicht Schleim (Follikularzyste), sondern nur etwas Blut entleert, ist krebsverdächtig und daher zur mikroskopischen Untersuchung zu exzidieren. Das Gleiche gilt von Portioerosionen, die nur auf einer Lippe lokalisiert sind, oder bei Berührung leicht bluten. Erosionen und Ektropien sind für die Entstehung des Portiokrebses von höchster Bedeutung.

4% aller gynäkologisch Erkrankten leiden an Uteruskrebs. Jugendliche und Nulliparae sind nicht ausgeschlossen. In Deutschland sterben jährlich 23.000 Frauen an diesem Leiden. Bei Radikaloperation im wirklichen Frühstadium, wo also die Diagnose nur mikroskopisch gestellt werden konnte, sah Zweifel ausnahmslos Dauerheilung. Bei der geringsten Unklarheit über die Ursache verstärkter oder verspäteter Menses, hartnäckiger Hypersekretion, von irgendwelchen Blutungen usw. soll eine Probeausschabung gemacht werden. (M. Kl. Nr. 38, 1923.)

Pädiatrie.

Das Fazialisphänomen bei Kindern

ermöglicht nach Prof. H. Kleinschmidt (Hamburg) eine rasche objektive Orientierung über die Beschaffenheit des Nervensystems. Das Phänomen wird bekanntlich durch Beklopfen der Wange in der Mitte zwischen Gehörgang und Mundwinkel mit dem Perkussionshammer ausgelöst und besteht in einer blitzartigen Zuckung der vom Fazialis versorgten Muskulatur des Mundwinkels und der Nase bis zum inneren Augenbrauenwinkel hinauf. In stark positiven Fällen genügt schon das Streichen der Wange mit dem Finger. Bei schwacher Reaktion sieht man nur ein leichtes Zucken der Lippe. Die Stärke des Phänomens kann bei demselben Kinde sehr variieren. In den ersten beiden Lebensjahren ist es ein wichtiges Latenzsymptom der Spasmophilie. Noch häufiger findet man es bei neuropathischen Kindern ohne Krämpfe meist aus unbemittelten Klassen, die jedoch zu Spasmophilie neigen. Meist besteht eine Störung des Kalkstoffwechsels, die durch Calc. chlorat., P-Lebertran und Quarzsonnenbäder rasch gebessert werden kann. Nach dem zweiten Lebensjahr beweist das Phänomen nur die angeborene funktionelle Minderwertigkeit des Nervensystems und wird durch obige Therapie nicht mehr beeinflußt, da der Kalkstoffwechsel bei diesen Kindern nicht gestört ist. Die große Bedeutung des positiven Phänomens für die praktische Diagnostik liegt jetzt in der

Möglichkeit, einen Krankheitsfall, in welchem wir eine organische Grundlage nicht finden, mit großer Wahrscheinlichkeit als funktionell zu deuten. (Jahresk. f. ä. Fortb., VI., 1923.)

Die intrakutane Blatternschutzimpfung

nach K. Leiner („Ars Medici" 1922, H. 1) wurde von A. Singer (Wien) bei 263 Kindern erfolgreich angewendet. Der immunisierende Effekt ist durchaus gleichwertig dem bei der kutanen Methode. Doch bietet die Intrakutanimpfung die großen Vorteile des milden, nahezu fieber- und beschwerdefreien Impfverlaufes und des Ausbleibens von Pustel- und damit von Narbenbildung. Die einfache Technik kann jeder Arzt leicht beherrschen. Das Verfahren verdient als Methode der Wahl Gemeingut sämtlicher Ärzte zu werden. (M. Kl. Nr. 38, 1923.)

Zur Behandlung der rachitischen Beinverkrümmungen.

Magnus und Dicken regen ein intensiveres Zusammenarbeiten des praktischen Arztes mit dem Orthopäden an, damit der richtige Zeitpunkt zur Deformitätskorrektur nicht verpaßt werde. Derselbe ist gegeben, wenn die Rachitis im Ausheilen begriffen ist und keine Bedenken gegen Narkose und zu frühen Gipsverband mehr vorliegen, die Knochen jedoch noch nicht sklerosiert sind, da dann nur mehr Osteoklasie bzw. Osteotomie übrigbleiben. Bekanntlich zeigt das Röntgenbild im floriden Stadium die blutreichen Epiphysenknorpel wie Wattebäusche zwischen den Diaphysenenden deformiert. Diese trüben Knorpelschatten schwinden unter Ganzbestrahlungen mit künstlicher Höhensonne in acht bis zehn Tagen. Das becherförmige Metaphysenende beginnt geradlinig zu werden, gleichzeitig tritt bereits ein Kalksaum auf und die Epiphysenkerne treten deutlicher hervor. Nach drei- bis vierwöchiger Bestrahlung zeigen die Knochen bereits starke Kalkablagerung und beginnen stabil zu werden, Appetit, Stimmung, Hauttonus und Allgemeinbefinden sind bedeutend gebessert, die Schmerzen und die Katarrhbereitschaft nahezu geschwunden. Jetzt ist der richtige Zeitpunkt zur Geradebiegung der noch plastischen Knochen in Narkose gegeben. Die Korrektur muß durch Gipsverband gesichert werden. Unter fortgesetzter Lichtbehandlung (die selbstverständlich mit P.-Lebentran usw. kombiniert werden kann — Ref.) geht die Knochenapposition infolge des Kalkhungers des ausheilenden rachitischen Knochens unter dem Gipsverband ungestört weiter, wobei es ziemlich gleichgültig ist, ob das Kind mit dem Verbande umgeht oder nicht. (Arch. f. Orthop. XXI., 1.)

„Saure Magermilch" bei Ernährungsstörungen der Säuglinge

empfiehlt Dozent Hainiss (Kinderklinik, Szeged). Sie ist ähnlich der sogenannten „holländischen Buttermilch", unterscheidet sich aber von dieser durch die quantitative Verteilung der Bestandteile und durch die einfachere Herstellung. Man stellt dreimal so viel rohe Vollmilch, als man saure Magermilch braucht, bei Küchentemperatur beiseite und schöpft von ihr nach einiger Zeit (im Winter nach vier, im Sommer nach anderthalb Stunden) die oberen zwei Drittel ab. In diese schwach saure Magermilch gibt man nun für Säuglinge, die über drei Monate alt sind, 4% Zucker und 1½% Mehl, verrührt gut und läßt langsam aufkochen. Bei Säuglingen unter drei Monaten läßt man das Mehl fort. Bei zu hartem Stuhl gibt man statt Rohrzucker Malzextrakt. Die so gewonnene „saure Magermilch" ist mit Vollmilch verglichen schwach angesäuert, zur Hälfte entfettet und kohlehydratangereichert. Sie ist angezeigt bei Säuglingen, die trotz Frauen-

milchernährung ohne Dyspepsie keine oder nur geringe Gewichtszunahme zeigen, ferner bei Milch- und Mehlnährschäden, bei exsudativen Symptomen, als eine Komponente beim „allaitement mixte" und ganz besonders bei atrophierten Säuglingen. Man gibt die saure Magermilch zunächst als „Beikost", und zwar vor jeder Brustmahlzeit einen Kaffeelöffel. Tritt keine Gewichtszunahme ein, so wird kaffeelöffelweise die Menge der zu reichenden sauren Magermilch erhöht. In selteneren Fällen tritt erst bei reiner Saure-Magermilch-Ernährung Gewichtserhöhung ein. Bei atrophierten Säuglingen bewährte sich am besten folgendes Regime: zweimal Griesbrei in saurer Magermilch gekocht, zweimal saure Magermilch und einmal Suppe und Gemüse.

Wenn man die gute Wirkung der sauren Magermilch erklären will, so muß man die Stuhlverhältnisse in Betracht ziehen. Der pastenartige, goldgelbe, aromatisch riechende Säuglingsstuhl ist eigentlich nicht die Regel, sondern die Ausnahme. Die Säuglinge, die bei Brusternährung im Gewichtsstillstande blieben, hatten größtenteils in abnormaler Weise neutral oder alkalisch reagierende Stühle. Nach Zufütterung von saurer Magermilch begann der Gewichtsanstieg, ohne daß die Stuhlreaktion sich änderte. Die Zuführung der sauren Magermilch scheint das „Nahrungsmilieu" zu verändern, eine für gewisse Kinder leichter assimilierbare Nahrung darzustellen und außerdem auch die Salzsäuresekretion des Magens anzuregen. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 26, H. 6, 1923.)

Stuhlverstopfung bei Säuglingen — Behandlung.

Die Obstipation kann verursacht sein durch angeborene Mißbildungen des Darmes; diese scheiden jedoch aus, wenn das Kind sonst gut gedeiht. Auch qualitativ oder quantitativ ungenügende Nahrung ist oft von Verstopfung gefolgt. Am häufigsten sieht man letztere bei künstlicher Ernährung. Man fügt daher der Milch eine Gersten- oder Hafermehlabkochung bei. Auch ein Löffel Honig ins Milchfläschchen genügt bisweilen; desgleichen ein kleines Stuhlzäpfchen von Kakaobutter oder ein Klysma von einem Kaffeelöffel Glyzerin auf ein halbes Glas Eibischtee.

M. Variot gibt bei künstlicher Ernährung zu 60 g Milch 30 g folgender Lösung: Natrii citrici 10, Sacchari 150, Aquae 840. Außerdem wird empfohlen: Zichorien- oder Rhabarbersyrup (ein bis zwei Kaffeelöffel im Tage) oder zu zwei Löffeln Milch einen Kaffeelöffel einer Mischung von gebrannter Magnesia und Staubzucker zu gleichen Teilen, was sehr gut vertragen wird. Marfan verabreicht ein bis drei Kaffeelöffel Syrupus mannatus im Tage, und zwar jedesmal vor dem Trinken einen Löffel; ähnlich wirken auch ein bis zwei Kaffeelöffel Pfirsichblütensyrup oder ein Kaffeelöffel Paraffinöl nüchtern. Bei starker Verstopfung ist Rizinusöl wirksam: Olei Ricini 10: olei amygdalarum dulcium 20. Hievon ein bis drei Kaffeelöffel im Tage. Dieselbe Medikation in anderer Form: Olei Ricini 3, Syrupi gummosi, Aquae menthae aa 15. — Calomel wird heute viel seltener verschrieben als früher, da es nicht ungefährlich ist und dysenterieähnliche Diarrhöen hervorrufen kann. Man gibt es — nur ausnahmsweise und mit Vorsicht — bei älteren Säuglingen zu 0.05 in Honig. (Journal des practiciens vom 22. September 1923.)

Vulvovaginitis infantum non gonorrhoica.

Wenn sorgfältige wiederholte Untersuchungen des Fluors keine Gonokokken ergeben, so kommen ursächlich nach Prof. Kleinschmidt Fremdkörper in der Vagina, Abdominaltbc. mit Beteiligung der Genitalorgane, Vulvitis bei exsudativer Diathese, Oxyuriasis und Sekretionsneurose nach Czerny in Betracht. Die übliche antigonorrhoische Therapie ist nur

nach Gonokokkennachweis indiziert. Der nichtgonorrhoische Fluor enthält weniger Eiter und reichlich Plattenepithelien. Lokal sorge man lediglich für Reinlichkeit (Waschungen mit Kaliumpermanganatwasser, gelegentlich 10% Lenicetbolus äußerlich). Das Kind ist von seinem Leiden abzulenken und die Mutter über die Harmlosigkeit desselben aufzuklären. (Jahresk. f ä. Fortb., VI, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Von Dozent Hugo Hecht (Prag).

Akute Fälle. Vorbedingungen nach Blaschko: Der letzte Verkehr darf nicht länger als fünf bis sechs Tage zurückliegen, keine zu starken Entzündungssymptome, im Sekret Gonokokken zum Teile noch extrazellulär und Eiterzellen zahlreicher als Epithelien, zweite Harnportion klar. Technik: Injektion einer Mischung von 10% Protargol mit 2% α-Eukain ana, die 10 bis 15 Minuten behalten werden soll. Nur einige Tropfen dürfen durch geringes Nachgeben der abklemmenden Finger von Zeit zu Zeit herausgelassen werden, um auch die Fossa navicularis zu behandeln. Möglichst lange nicht urinieren. Nachmittags neuerliche Injektion einer 1 bis 5%igen Lösung (je nach der Empfindlichkeit). Treten blutiges Sekret, Ödem, Schmerzen oder Trübung der zweiten Harnportion auf, so muß diese Behandlung abgebrochen werden. Ist morgens fast kein Sekret vorhanden und die erste Harnportion fast klar, so kann man probeweise aussetzen. Sonst Fortsetzung bis zu zehn Tagen. Die Abortivheilung gelingt in 50% der Fälle, und zwar in zwei bis neun Tagen. Pat. darf erst nach Provokation (Lugolinstillation, Vakzine venös und schließlich coitus condomatus) als geheilt entlassen werden.

Bei subakuten oder chronischen Fällen bewährt sich häufig das Verfahren von Schmidt: Vormittags 5 cm³ Milch muskulär, nachmittags instilliert Pat. sich selbst auf der Höhe der Fieberreaktion (Pat. muß sich stündlich messen, Instillation, wenn Fieber durch zwei Stunden nicht mehr ansteigt) eine 3%ige Dioninlösung, die zehn Minuten gehalten wird. Wiederholung am zweiten und dritten Tage mit 6% bzw. 10% Dionin und 5 bis 10 cm³ Milch (je nach der Fieberreaktion). Hierauf einige Tage warten und Provokation. Oft schon am zweiten Tage Sekret dünner, reicher an Epithelien, ärmer an Gonokokken und der Harn klarer; am dritten Tage meist gonokokkenfrei. (M. Kl. Nr. 37, 1923.)

Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten.

Von Prof. Otto Kren (Wien).

Die austrocknende Therapie ist bei allen Entzündungen am Platze, die nur mit Hyperämie und geringer Exsudation einhergehen. Am intensivsten austrocknend wirkt die Pasta zinci mollis: Rp: Ol. lini, Aqu. calc. ana 9.0, Zn. oxyd. exact. pp., Calc. carbon. exact. pp. ana 6.0. Selbst exsudative Prozesse und Ödeme werden durch die Paste beseitigt. Sie muß ganz dünn aufgetragen werden und wird nicht mit Puder bedeckt. Entstehen infolge der Austrocknung unter Brennen leichte Rhagaden, so wird mit der milder wirkenden fetthältigen Zinkpaste: Rp: Zn oxyd. Talc. venet. ana 10.0, Vaselin. flav. opt. 20.0 weiter behandelt, die gleichfalls ganz dünnn aufgetragen werden muß. Dasselbe gilt von der Trockenpinselung: Rp: Zn oxyd., Talc. venet. ana 20.0, Glycerin 15.0, Aqu. dest. 25.0, die bei juckenden, leicht urtikariellen, papulösen Ent-

zündungen vorzuziehen ist. Auch Abtupfen mit ½ bis 1% Salizyl- oder Resorzinalkohol mit nachherigem Einpudern (Puder mit geringem Fettgehalt, z. B. Pulv. vasenoli „Köpp") wirkt leicht austrocknend. Diese Mittel genügen auch zur Entfernung der nach Dermatosen oft zurückbleibenden aktiven Hyperämie. Gegen eine venöse Stase (passive Hyperämie) wirkt am besten der Teer (1 bis 5%iger Zusatz von Ol. rusci zu den Pasten oder Rp: Tct. rusci 5.0, Alcohol conc. 50.0. S. Einpinseln und nach dem Eintrocknen Zinkpaste dünn darüberstreichen). Der Teer wirkt auch juckreizlindernd, darf aber, da er die Haut leicht reizt, bei noch bestehender arterieller Rötung nicht verwendet werden, da sonst die Entzündung und damit auch der Juckreiz stärker werden.

Der Juckreiz muß immer ursächlich behandelt werden. Häufig juckt die Haut nur deshalb, weil sie zu trocken ist. Dann genügt Ungt. simplex. Salizyl-, Teer- oder gar Mentholspiritus würden die Haut nur noch mehr austrocknen und reizen. Bei Urtikaria kann Salizylspiritus zweckmäßig sein, sonst sind alkoholische Mittel bei akuten Dermatosen zu meiden.

Zur Schälung der Haut, der besten Art der Hautdesinfektion, verwendet man am besten Schmierseife, die durch einige Tage morgens und abends mit etwas heißem Wasser auf der Haut zu einem Schaum verrieben wird, den man eintrocknen läßt (z. B. bei Pityriasis rosea). Bei allgemeiner Furunkulose sind tägliche Seifenvollbäder von einer Stunde Dauer (30° R) am besten. 1 kg Schmierseife wird in einigen Litern Wasser bis zur Lösung gekocht und dann dem Bade zugesetzt. Nach dem Bad wird Patient mit reinem Wasser abgespült, vorsichtig tupfend abgetrocknet und mit Reismehl o. dgl. eingepudert. 14 bis 20 solcher Bäder heilen fast jede Furunkulose. Verbände, feuchte Umschläge sind zu meiden. Vakzine versagt gewöhnlich. Bei lokalen Furunkeln, z. B. am Nacken dreimal täglich heiße Seifenwaschungen, hierauf Salizylalkohol auftupfen und einpudern. Sind Verbände nicht zu vermeiden, so mache man sie nur mit dicker Puderunterlage. — Andere Schälmittel sind Wilkinsonsalbe, 5 bis 10% Schwefel, Salizyl- oder Resorzinpasten, 5% Salizylspiritus, 3% Karbollösung, 2 bis 3% Formalinlösung, Jodtinktur; Quarzlampe.

Bleichmittel sind vor allem der H_2O_2, mit Wasser 20- bis 50fach verdünnt oder in Form von Lanolin-Eucerinsalbe. Pigmentflecke werden durch 5 bis 10% weiße Hg-Präzipitatsalbe, die man auch mit leichten Schälmitteln (Salizylsäure) kombinieren kann, allmählich nach wochenlanger Anwendung entfärbt. Rascher wirken Resorzinpasten (20- bis 25%), doch können diese die Niere schädigen.

Als Resorbentien gegen chronische Infiltrate kann man feuchtwarme Umschläge, Diathermie, Quarzlicht, Röntgen, Radium und medikamentös Jod oder Ungt. und Empl. cinereum verwenden.

Als Ätzmittel namentlich bei Lupus kann für die Landpraxis die 10%ige Pyrogallolsalbe empfohlen werden (drei Tage hintereinander nach Exkochleation der lupösen Partien anzuwenden). (M. m. W. Nr. 32/33. 1923.)

Über eine neue Lupustherapie

berichtet Muchow aus Prof. Unnas Klinik in Hamburg. Sie besteht in Anwendung einer Flüssigkeit „Pyotropin" und einer Salbe „Pyotren" (beide hergestellt von den Pyrotropin-Werken Marhold & Kamper, Hamburg, Dammtorstr. 40). Die Flüssigkeit enthält hauptsächlich kohlensauren Kalk, Kalium-Phenolat und etwas freie Karbolsäure, die Salbe Salizylsäure, Natriumsalizylat, Glyzerin, Zucker und Walrat. Die erkrankten Hautpartien werden mittels eines Borstenpinsels mit Pyotropin bestrichen und unmittelbar danach, ohne eintrocknen zu lassen, mit einem dünnen Leinen-

läppchen bedeckt, das eine messerrückendicke Schichte der Pyotren-Salbe trägt. Das ganze Gebiet wird sodann mit einem Heftpflasterverband (Leukoplast) luftdicht abgeschlossen. Wiederholung der Prozedur zweimal wöchentlich. Die erste Applikation ist schmerzlos, die späteren rufen bei empfindlichen Kranken heftiges Brennen hervor, weshalb sich dann vorherige Kokainisierung empfiehlt. Es entsteht eine profuse Eiterung, welche dann unter Borsalbenverbänden mit kosmetisch einwandfreien Narben abheilt. Verfasser hatte bei zwölf ausgesucht schweren und inveterierten Fällen ganz ausgezeichnete Erfolge in vier bis fünf Wochen. Die Ätzwirkung ist ähnlich der der Wiener Ätzpaste, aber durch die Salizylsäure der Salbe wird die Verätzung in Schranken gehalten und nur auf die kranken Partien beschränkt. Schädigungen durch die Methode wurden nicht beobachtet. Natürlich soll der Arzt die Applikation stets selbst vornehmen. (Derm. Wschr. Nr. 38, 1923.)

Zur Skabiesbehandlung.

Die Krätze ist bei den jetzigen wirtschaftlichen und Wohnungsverhältnissen wieder sehr verbreitet. Die klassischen Salben (Wilkinson, Weinbergsche und Hebrasche Salbe) werden nach Steiner (Duisburg) von vielen Kranken nicht vertragen. Von Ristin, dem Temmlerschen Präparat und Pranatol sah Verfasser Versager. Nach ihm kommen nur zwei Medikamente in Betracht: das flüssige Mitigal (Bayer) und das salbenförmige Catamin (Riedel). Er bevorzugt letzteres: Am ersten Abend warmes Bad, Einseifen mit Keraminseife und Abbürsten; dann wird der ganze Körper mit besonderer Berücksichtigung der Prädilektionsstellen zehn Minuten lang mit Catamin eingerieben. Ebenso am Morgen und Abend der zwei folgenden Tage und am Morgen des dritten Tages. Am Nachmittag des dritten Tages Bad, frische Leib- und Bettwäsche. Damit ist die Kur ohne Berufsstörung beendet. Postskabiöses Jucken wurde nicht beobachtet. Etwaige Ekzeme waren mitgeheilt. (Derm. Wschr. Nr. 39, 1923.)

Trichophytien im Säuglings- und frühen Kindesalter

sind nach Langer und Rosenbaum (Dermat. Abtlg. d. Rud. Virchov-Krankenh., Berlin) nicht so selten und treten meist in einer der drei folgenden Formen auf: 1. Typische Herpes-tonsurans-Herde. 2. Ganz wie Eccema marginatum aussehend, jedoch nicht mit dessen typischer Lokalisation, sondern über den Rücken der Säuglinge und seltener über deren Extremitäten verbreitet. 3. Ganz einem Eccema seborrhoicum gleichend, aber mit dem Pilzbefund der Trichophytie.

Neben der üblichen Behandlung mit Jod und Schwefelsalbe kommt man gerade in den hartnäckigsten Fällen noch am ehesten zum Ziele durch Einpinseln der Herde mit zur Hälfte mit Wasser verdünnter KOH, unter welcher sich die oberflächlichen Hautschichten rasch abstoßen. (D. m. W. Nr. 33, 1923.)

Diagnose.

Zur Differenzierung intra- und extrapulmonaler Schatten

in der Lungenspitze vor dem Röntgenschirm empfiehlt Erdelyi (IV. Med. Univ.-Klinik, Budapest) das Schluckphänomen. Läßt man den Untersuchten vor dem Röntgenschirm etwas Wasser schlucken, so bewegt sich der extrapulmonale Schatten mit, der intrapulmonal gelegene bleibt unverändert. (Klin. Wschr. Nr. 33, 1923.)

Eine einfache und praktische Stuhluntersuchungsmethode.

Die Stuhluntersuchung auf okkultes Blut wird vom Praktiker noch immer häufig wegen ihrer Umständlichkeit und Unsauberkeit gescheut. Alsberg (Hamburg) erinnert an die Gregersen-Boassche Methode, welche von jedem Praktiker leicht und sauber ausgeführt werden kann: Man löst eine Benzidin-Tablette nach Boas (Merck), die 0.2 g Benzidin und 0.1 g Baryumsuperoxyd enthält, in 10 cm^3 50%iger Essigsäure, streicht ein erbsengroßes Stuhlpartikelchen auf einem sauberen Objektträger aus und gibt dazu zwei bis drei Tropfen der Lösung. Färbt sich der Stuhl innerhalb 15 Sekunden blau-schwarz, so ist die Reaktion stark positiv (+ + +); tritt innerhalb der ersten Minute Blaufärbung auf, so ist die Reaktion positiv (+ +); Blaßblaufärbung innerhalb der zweiten Minute bedeutet schwach positive (+) Reaktion. Man legt zur Beobachtung der Reaktion den Objektträger auf eine weiße Unterlage (Papier oder ähnliches). Man beachte besonders folgende zwei technischen Vorschriften; Sehr sauberer Objektträger, am besten wird ein Tropfen Wasser auf dem Objektträger verrieben und dieser dann einmal durch eine Flamme gezogen. Ferner darf der Meßkolben für die Benzidin-Essiglösung nur für diese Reaktion und nie für andere Reagentien benützt werden. (D. m. W. Nr. 34, 1923.)

Ein Frühsymptom bei schwerer Appendizitis

ist nach Rové Schmerzhaftigkeit und deutliche Empfindlichkeit des linken Epigastrium mit Hauthyperästhesie, Kontraktion und Rigidität des linken oberen Rektus. Diese Zeichen sind aber nur in den ersten sechs Stunden des akuten Anfalls zu beobachten. Die Appendixgegend kann objektiv noch völlig frei sein. (Presse méd. Nr. 36, 1923.)

Die Haare bei Krebskranken.

Manche Anzeichen sprechen dafür, daß der Krebskrankheit eine Affektion des Pigmentzellensystems zugrunde liegt. Der Dortmunder Pathologe Prof. H. Schridde (M. m. W. Nr. 45, 1922) untersuchte diesbezüglich eine große Anzahl von an Krebs Verstorbenen. Er fand regelmäßig die Haare an den Schläfen, im Gesicht und am Kopf eigentümlich verändert. Sie waren zum großen Teil tiefschwarz, jedoch vollkommen glanzlos, matt, dabei starrer, straffer, dicker als normale Haare. Besonders auffallend sind diese Haare, wenn sie sich neben bereits ergrauten befinden. Verfasser konnte häufig schon aus dieser eigentümlichen Beschaffenheit der Haare Krebs diagnostizieren. Die dem Tageslicht entzogenen Haare (Brust, Achselhöhle, Schamgegend) zeigen diese Veränderungen nicht. Je länger das Ca. besteht, desto zahlreicher sind diese Haare. Auch die Haut der Krebskranken ist abnorm pigmentiert: graugelblich oder graubraun. Beim Sarkom hingegen ist das Pigmentzellensystem unverändert.

v. Strümpell notiert in seinem Lehrbuch die Beobachtung, daß Kranke mit Magenkrebs verhältnismäßig selten stärker ergrautes Haar zeigen.

Demgegenüber konstatierte der Straßburger Bakteriologe Professor Borrel am Straßburger Krebskongreß (August 1923) als Zeichen der Pigmentzellendegeneration bei Ca. häufiges Ergrauen der Haare. Borrel vertritt die infektiöse Ätiologie der malignen Neoplasmen und supponiert das Vorhandensein einer ganzen Reihe von Krebserregern. Durch Verfütterung von Exkrementen von Katzen, die Eier eines Katzenbandwurmes enthielten, konnten die Amerikaner Bulloch und Curtis bei 200 von

1000 Ratten das Entstehen eines Lebersarkoms bewirken. Beim Hautkrebs findet man überraschend häufig als harmlos geltende Hautparasiten (Demodex folliculorum). Bulloch vermutet, daß derartige Parasiten oder Bandwurmeier die Träger des noch unbekannten Krebserregers sein könnten. Sorgfältige Hautpflege, Verbot der Düngung von Gemüsegärten mit Naturdünger oder Jauche, der Genuß von rohem Obst oder Gemüse nur nach sorgfältiger Reinigung könnten der auch in Frankreich zu konstatierenden erschreckenden Zunahme der Krebskrankheit Einhalt tun.

Aus der Praxis.

Zur Prognose und Therapie der Zwangsvorstellungen.

Von Prof. Dr. Alexander Pilcz (Wien).

Es erscheint wohl überflüssig, eine Schilderung des so scharf charakterisierten Symptomes der sogenannten „Zwangsvorstellungen" zu geben. Noch immer gilt die klassische Westphalsche Definition, daß bestimmte Vorstellungen trotz völliger Krankheitseinsicht, das heißt Verständnisses für das Grundlose der Befürchtungen, das Zwecklose und Unsinnige bestimmter Grübeleien usw. dem Kranken wider seinen Willen beständig sich aufdrängen, in den Gedankenablauf sich störend einmischen und durch keine Willensanstrengung sich verscheuchen lassen. Ebenso überflüssig darf eine Aufzählung der verschiedenen mit schönen lateinischen und griechischen Namen bezeichneten speziellen Erscheinungsformen genannt werden, zumal da meistens bei einem und demselben Kranken mehrere der „-phobieen" und „-manieen" vorkommen.

Wer einige Erfahrung mit dergleichen Patienten besitzt, dem wird die recht verschiedene Verlaufsart des Zustandes auffallen. Die meisten werden eigentlich zeitlebens nicht frei; darunter gibt es aber solche, bei welchen die Zwangsvorstellungen sozusagen einen Dauerzustand darstellen, ohne daß die Berufsfähigkeit oder überhaupt die geistige Leistungsfähigkeit dabei irgend eine Einbuße erfahren würde. Bei anderen läßt die Intensität der Zwangsvorstellungen eine eigentümliche Periodizität erkennen. Monate mit qualvollster Heftigkeit wechseln ab mit mehr minder langen Intervallen, während welcher die Zwangsvorstellungen ganz in den Hintergrund treten, ja überhaupt nicht zum Vorscheine kommen. In einigen, glücklicherweise seltenen Fällen nehmen die Zwangsvorstellungen derart überhand, daß die Kranken schließlich geradezu sozial unmöglich werden, ganz präokkupiert von ihren Befürchtungen und Handlungen keinerlei beruflicher Tätigkeit nachzugehen imstande sind. In einigen gleichfalls recht seltenen Fällen entwickelt sich nach kürzerem Bestehen des Zwangsvorstellungssyndromes eine eigentliche Geistesstörung, z. B. Schizophrenie o. dgl.; gerade die Befürchtung aber, irrsinnig zu werden oder zu verblöden, gehört zu den häufigsten derlei Patienten besonders deprimierenden Zügen im Krankheitsbilde, und diese Befürchtung steht, wie soeben auseinandergesetzt, in Widerspruch mit der ausnahmslos absolut günstigen Prognose quoad intellectum.

Eine genaue Analyse gestattet nun bei den letzterwähnten Fällen (Ausgang in Dementia präcox o. dgl.) die Diagnose der jeweils zu befürchtenden Psychose von Haus aus zu stellen. Es ist nicht so, daß eine reine Zwangsvorstellungsneurose in eine Psychose übergeht, sondern die Zwangsvorstellungen sind nur ein zunächst prädominierendes und auf-

fallendes Symptom, neben dem sich aber andere pathognostische Symptome erkennen lassen (Affektsstumpfheit oder -dissoziation, Autismus, Bizarrerien usw.). Solche Fälle sind übrigens sehr selten. Viel häufiger — und dies gilt namentlich für die periodisch verlaufenden Formen — lassen sich Züge des manisch-depressiven Irreseins, speziell der periodischen Melancholie nachweisen (Insuffizienzgefühl, Kleinheits- und Versündigungsideen, Hemmung, abendliche Remissionen, taedium vitae usw.). Die Prognose quoad intellectum ist aber hier, wie überhaupt bei den einzelnen Anfällen des manisch-depressiven Irreseins, durchaus günstig, und ebenso kann mit apodiktischer Sicherheit die Heilung jedes einzelnen Anfalles vorausgesagt werden. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist bei der Prognosenstellung auch Berücksichtigung der Erblichkeitsverhältnisse. Hereditarier sind sie fast alle, die Zwangsvorstellungskranken; allein die gleichartige Vererbung spielt hier wieder eine große Rolle. Belastung mit Paranoia oder Schizophrenie kommt ungemein selten vor; gerade solche Fälle aber scheinen im Sinne des „Ausganges" in eine solche Geistesstörung gefährdet. Bei den periodisch verlaufenden Formen liegt Heredität im Sinne der manisch-depressiven Belastung vor (Suizide, zirkuläre Stimmungsschwankungen, Depressionszustände usw.). Bei den einfachen Zwangsneurotikern trifft man Heredität im Sinne allgemeiner psychopathischer Minderwertigkeit (charakterologische Abnormitäten, Zwangsvorstellungen, Süchtige usw.). Was jene seltenen besonders schweren Fälle anbetrifft, die schließlich berufs- und gesellschaftsunfähig werden, so ergibt eine genaue Analyse, daß auch hiebei von einem Ausgange in wirkliche Demenz keine Rede ist. Übrigens können auch derlei verzweifelte Fälle nach Jahr und Tag noch in Heilung übergehen, das heißt wieder ihre Erwerbsfähigkeit erlangen.

Zusammenfassend können wir in prognostischer Hinsicht sagen: Die echte Zwangsvorstellungsneurose geht nie in Geistesstörung oder Demenz über. Sie pflegt meist ein chronisches Leiden darzustellen, das aber nur ganz ausnahmsweise eine solche Intensität erreicht, daß dadurch das soziale Leben der damit Behafteten wesentlich gestört wird; auch in solchen extrem seltenen Fällen kann ein Nachlassen der Erscheinungen noch immer erhofft werden. Die periodisch verlaufenden Fälle gehen nie in Demenz über; jede einzelne Phase schwindet spontan in absehbarer Zeit. Wo die Zwangsvorstellungen nur als Teilerscheinung von an sich unheilbaren Psychosen in Erscheinung treten, teilen erstere mit letzteren naturgemäß deren infauste Prognose. Exakte klinische Beobachtung und Berücksichtigung der Hereditätsverhältnisse dürften stets die konkrete Prognosenstellung ermöglichen.

Was nun die Therapie anbelangt, müssen wir ehrlich zugeben, daß die periodisch verlaufenden Formen mit oder ohne Therapie jedesmal gut werden und daß die Zwangsneurotiker im eigentlichen Sinne mit oder ohne Therapie zeitlebens nie ganz frei werden. Wir können aber in beiden Fällen den Kranken in subjektiver Hinsicht wesentlich helfen und ihren Zustand erträglicher gestalten. Zunächst möchte ich betonen, daß trotz der zweifellos psychogenen Genese wir auch von rein medikamentösen Behandlungsmethoden recht oft unverkennbaren Nutzen sehen. Insbesondere dort, wo ein lebhafter Angstaffekt uns entgegentritt, verschafft eine Laudanumkur (ganz nach Art wie bei der Melancholie) große Erleichterung. Die Kranken werden zwar selbstverständlich ihre Zwangsvorstellungen nicht los, allein sie stehen ihnen mit geringerem Affekt gegenüber, können leichter abgelenkt werden, ihrer Beschäftigung nachgehen. Öfters bewährten sich mir die verschiedenen Valylpräparate, derart, daß z. B.

Kranke mit Agoraphobie vor dem Überqueren eines Platzes auf dem Wege zu ihrer Berufsstätte, Geistliche mit Ereuthrophobie vor Besteigen der Kanzel, Patienten mit Klaustrophobie vor Eintritt in den Konzertsaal u. dgl. ein bis zwei Stück dieser Pillen nahmen. Der Gedanke an rein suggestive Beeinflussung ist natürlich sehr naheliegend; immerhin muß gesagt werden, daß gerade die Hypnose bei solchen Zuständen keineswegs auf besonders glänzende und prompte Heilerfolge hinweisen kann. Allgemeine Nervenhygiene, Sport, namentlich Fechtsport, Vermeidung von Alkohol usw. seien als selbstverständlich nur einfach aufgezählt. Das Wichtigste ist vernünftige und sachgemäße Psychotherapie im Sinne voe Dubois (mit oder ohne Sanatoriumsaufenthalt); möglichste Ablenkung durch intensive Beschäftigung und Zerstreuung, der Rat, gegebenen Falles sofort Vokabeln einer fremden Sprache zu lernen, eine andere „Hausaufgabe" zu machen usw. Zuweilen nützt eine kategorische Art „Limitierung" derart, daß z. B. eine bestimmte Anzahl vom Arzte erlaubt und gefordert wird, die nicht überschritten werden darf, etwa nur dreimal Nachsehen, ob die Türe gut verschlossen, ob das weggeworfene Streichholz wirklich ausgelöscht sei usw. Versicherung, daß Irrsein und Verblödung nicht zu befürchten sei, eventuell auch schriftliche Beruhigungen und Aufklärungen, die der Kranke mit sich zu tragen hat und im Bedarfsfalle sich vorliest usw. Was die Psychoanalyse als Therapeutikum bei den Zwangsvorstellungen anbetrifft, sah ich davon in keinem einzigen Falle einen Erfolg; Fälle mit periodischem Verlaufe, die, nachdem sie die verschiedensten Maßnahmen ohne endgültige Heilung durchgemacht hatten, schließlich auch psychoanalytisch behandelt wurden, hatten die Zauberkraft dieses Verfahrens begeistert gepriesen, um bei der nächsten Phase, bei der sie sofort zum Beginne schon dem Psychoanalytiker sich anvertraut, bitter enttäuscht zu werden. Bei den einfachen mehr chronischen Formen dagegen sah ich unverkennbare Verschlimmerungen; nach mehrjähriger Behandlung wußten diese Kranken überhaupt nicht mehr ein und aus ob der Fülle neu erweckter Zweifel und Grübeleien. „Bedeutend erleichtert wurde nur mein Geldbeutel", erklärte mir drastisch ein solcher Patient. Nach meiner persönlichen Erfahrung ist bei der Zwangsneurose die Psychoanalyse zu therapeutischen Zwecken nicht nur nutzlos, sondern schädlich.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:*

325. Meine Frau, 22 Jahre alt, leidet seit einem Jahre an Urtikaria. Vor vier Jahren Magengrippe mit Urtikaria, die aber schnell heilte. Vor einem Jahre neuerlich Urtikaria, seitdem wiederholt schwere Urtikariaanfälle mit starken Magenbeschwerden, zeitweise mit Ohnmachtsanfällen. Auf Diät, Bitterwasser und Kalk Heilung, aber immer neue Rezidive ohne nachweisbare Ursache. Im Sommer war sie bei Lahmann, bekam aber auch während dieser Zeit eine schwere Urtikaria. Jetzt zeigen sich oft, besonders bei kühlem Wetter, bei einem Abendspaziergang usw., ein-

---

*** Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Platzmangel können nur jene Anfragen gedruckt werden, die ein besonderes allgemeines Interesse beanspruchen. Den übrigen ist Rückporto zwecks schriftlicher Beantwortung beizulegen. Die Redaktion.**

zelne Quaddeln unter Jucken, welche sich dann röten und wie ödematös aussehen. Vor drei Wochen nach einem Flußbad Ohnmacht und heftige Urtikaria. Bei dem allem Appetit sehr gut, Stuhl, Urin normal, keine Parasiten, Menses regelmäßig, keine Gravidität. Was ist zu tun? Was für Diät? Was gegen die Magenbeschwerden beim Anfall, gegen das Jucken und die Kälte-Intoleranz? Dr. H. L. in P.

326. Wie kann man (ohne Dampfsterilisator) Rasierpinsel keimfrei machen? Dr. B. in S.

327. 60jähriger Bauer hat seit Jahren zeitweilig folgenden Symptomenkomplex: Starkes Schwindelgefühl bei Bewegungen des Kopfes, außerordentliche Empfindlichkeit gegen gewisse Gerüche (Zeitungen riecht er schon von weitem, auch ältere), Schwellungen am Kopfe, Stirn, Nase und Hinterhaupt, manchmal gastrische Störungen, Nachtschweiße, allgemeine Körperschwäche; manchmal auch Nasenkatarrh. Die Schwellungen sind myxödemartig, ohne Entzündung. Urin, Schilddrüse ohne Befund, Blutdruck normal. Geringe fibröse Apizitis. Therapie: Schwitzkuren, Abführmittel, Chinin, lokale Nasenbehandlung ohne Erfolg. Nach Tagen oder Wochen verschwinden die Symptome ohne Ursache, wie sie gekommen sind. Was hat der Mann? Therapie? Dr. E. M. in T.

328. Ich behandle seit längerer Zeit folgende Patientinnen: Frau D. hat immer Blepharitis, während zweier Schwangerschaften aber war die Blepharitis völlig verschwunden. — Frau K. hat immer Asthma mit Ausnahme der Schwangerschaftszeiten. — Frau W. hat Mastodynie mit Ausnahme der Menstruationszeiten, Frau M. hat Mastodynie während der Menstruationen. — Kann hier Organotherapie helfen? Dr. J. L. in R.

329. Ist die operative Entfernung der Rachendachmandel bei einem dreijährigen Kinde von Nachteil für dessen Entwicklung? Es handelt sich um mein Kind, das an adenoiden Wucherungen leidet und schnarcht, und das ich operieren lassen möchte. Einige Kinderärzte warnen mich aber davor. Dr. S. in S.

330. Welche Firma (Wien?) stellt Portiokappen nach Maß her und wie wird der Gipsabdruck gemacht? Dr. J. A. in B.

331. Ein Fräulein bittet mich wegen Gesichtsröte um Rat. Wangen und Nase sind mit unzähligen kleinen Äderchen durchzogen, die diese Partien ganz rot erscheinen lassen. Gibt es ein Mittel, diese Äderchen zu zerstören? Dr. R. in K.

332. Ein zwei Jahre altes Kind gesunder Eltern bekommt seit drei Monaten folgende Anfälle: Am Abend Fieber bis 39°, dann schlechter, mit Schleim vermengter Stuhl; nach zwei bis drei Tagen geht der Zustand auf Diät und Obstipantien zurück und wiederholt sich nach etwa vier Wochen in typischer Weise. Bisher wurden drei solche Anfälle beobachtet. Sie stellen sich ohne jede provozierende Ursache ein, da das Kind sehr sorgfältig gepflegt und gehalten wird. Chemische und mikroskopische Untersuchung von Harn und Stuhl negativ, ebenso Pirquet-Impfung. Dr. J. K. in B.

333. Ich habe bei einer Untersuchung über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen die 5 cm³ Zitratblut in zwei Proberöhrchen bis zur Marke 5 cm gegeben, von denen das eine die lichte Weite von 6 mm, das andere von 10 mm hatte. In dem engeren Röhrchen war das Resultat 6/10, in dem weiteren 10/20. Wo liegt der Fehler? Es handelt sich um eine offene Phthise. Dr. W. S. in S.

334. Elfjähriger Junge von zarter Körperkonstitution und 24 kg Gewicht erkrankte an Bronchialdrüsentbc. Pirquet positiv. Mutter

des Kindes stammt aus tuberkulöser Familie. Eine Schwester der Mutter lebt mit offener Tbc. im selben Haushalt und dürfte die Quelle der Infektion sein. Kann durch eine rein konservative und symptomatische Behandlung das Kind geheilt und vor späterer Infektion bewahrt bleiben oder ist es in solchem Falle richtiger, das Ponndorf-Verfahren anzuwenden, welches der Konsiliarius als lebensgefährlich ablehnt? 1. Ist Ponndorf bei Bronchialdrüsentbc. absolut kontraindiziert? — 2. Findet durch die starke Herdreaktion eine Mobilisierung der Krankheitskeime statt? — 3. Ist Ponndorf in jedem Falle (auch bei richtiger Technik) gefährlich und gehört nicht in die Hand des Praktikers? — 4. Soll die noch gesunde Schwester prophylaktisch geimpft werden? Dr. W. A. in M.

335. Eine 54jährige Frau, innerlich gesund, hat seit ungefähr vier Jahren (Eintritt des Klimakteriums) eine Idiosynkrasie gegen Maisspeisen, die früher einen Hauptanteil ihrer Nahrung gebildet haben. Sie hat Appetenz darauf, aber ein oder zwei Löffel Maisbrei genügen, um heftige Magenschmerzen hervorzurufen, die gegen den Rücken zu ausstrahlen und stundenlang anhalten. Schon das Kosten beim Kochen dieser Speisen ruft die Schmerzen hervor. Sonst verträgt sie jede grobe und feine Kost und hat nie Magen- und Leibschmerzen. Kann man gegen diese Idiosynkrasie etwas tun? Dr. E. M. in T.

336. Kann mir ein Kollege mitteilen, wie sich die Werte des Blutdruckapparates von Riva-Rocci zu dem hier in Rumänien gebräuchlichen „Pachon" verhalten? Welcher Zahl Riva-Rocci entspricht z. B. die Zahl 16 bei Pachon? Dr. L. E. in W.

337. Wie kann man eine Heißluftbehandlung im Hause des Kranken durchführen? Dr. N. S. in W.

338. 52jährige Frau. Vor vier Jahren Wechsel. Im Jänner dieses Jahres Parästhesien in den Fingern der r. Hand. Zwei Monate später deutliche Erscheinungen von amyotrophischer Lateralsklerose. Therapie: Bäder, Elektrizität, Massage, Arsen- und Strychnininjektionen; letztens auch Spermin subkutan. Seit zwei Wochen leichte bulbäre Erscheinungen: das Sprechen, Spitzen des Mundes und Schlucken erschwert. Gibt es eine neue Behandlungsmethode? Dr. E. G. in Z.

339. Französische und italienische Ärzte wenden bei gewissen Herzkrankheiten (ich glaube Leitungsstörungen) ein Kaktuspräparat an. Zwei Patientinnen erzählen mir Wunderdinge von der Wirkung. Wer weiß etwas darüber? Wo ist das Präparat zu beziehen? Dr. P. M. in V.

340. Ein 45jähriger kräftiger Mann leidet seit acht Jahren an „Anfällen", die sich darin äußern, daß er — in letzter Zeit bis fünfmal täglich — bei manchmal nur geringfügigen seelischen Emotionen, z. B. wenn er einem seiner Kinder eine Maulschelle verabreicht, plötzlich hinfällt. Er verliert hiebei das Bewußtsein nicht, sucht sogar so zu fallen, daß er sich nicht beschädigt, und steht nach wenigen Sekunden geordnet wieder auf. Angeblich empfindet er vor dem Falle ein dem sexuellen Orgasmus ähnliches Gefühl. Aus nervös veranlagter Familie, gesunde Kinder, Potus mäßig, Infektion negiert. Libido seit zwei Jahren minimal. Augen- und andere Reflexe normal. nur koordinatorische Ataxie beider Arme (Vorbeizeigen). Anämie, chronische Rhinitis, sonst ohne Befund. Diagnose? Therapie? Dr. J. W. in B.

341. Wo kann ich Näheres über die Hautpflege der Füße erfahren, speziell über Hautschwielen und Hühneraugen? Dr. F. K. in T.

342. Ist der pathologisch-anatomische Ablauf einer über Jahre hinaus sich erstreckenden chronischen Myokarditis analog dem einer Schrumpfniere? Dr. H. S. in E.

343. Patient, 57 Jahre alt, Junggeselle mit homosexuellen Neigungen und solcher Betätigung will heiraten. Er hatte seit mehr als 15 Jahren keinen heterosexuellen Verkehr. Kann man die Heirat anraten? Dr. A. S. in U.

344. Ein 3jähriger Knabe hat unbewacht 40 Stück Antithyreoidin-Tabletten à 0.3 mit Schokoladeüberzug innerhalb einer Stunde verspeist. Nach der Entdeckung wurde ihm Natron und Eiklar verabreicht. Vor wie nach dieser Therapie vollstes Wohlbefinden. Was sagt die Wissenschaft dazu? Dr. G. in K.

345. Eine 42jährige Frau wird von ihrem Gatten (Ulcus durum mit positiver WaR.) mit Lues angesteckt. Sie kommt mit typischem Ulcus durum am Labium noch ohne tastbare Leistendrüsen und noch negativer WaR. zur Behandlung. Neosalvarsan 0.3, dann achtmal 0.45, fünfmal Embarin intramuskulär, dann 20 Schmiertage à 3 g Unguentum hydr. cinereum. Kur ohne Zwischenfälle, Sklerose abgeheilt. Patientin hat seit ihrem 18. Lebensjahr einen Kropf, ebenso ihre Mutter. Außer einem Icterus catarrhalis war sie nie krank. Innere Organe und Harn von normalem Befund. Vierzehn Tage nach Beendigung der Kur beginnen heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Zittern der Hände, Gliederschmerzen, Herzklopfen, profuse Schweißausbrüche am ganzen Körper, Abmagerung. Nach zehn Tagen wird sie dauernd bettlägerig. Kein Exophthalmus, der Kropf wird eher etwas kleiner. Die Symptome, die jedenfalls als thyreogen aufgefaßt werden müssen (Tachykardie, Abmagerung, Schwächegefühl), verschlimmern sich trotz vorübergehender Besserungen immer mehr. Neun Wochen nach Beendigung der Kur tritt eine kruppöse Unterlappenpneumonie auf, der die schwache Kranke am zweiten Tage erliegt. — Ich nehme an, daß das Hg die schon entartet gewesene Schilddrüse so gereizt hat, daß es zu einer Hyperthyreose kam. Wie ist in einem solchen Falle die Lues zu behandeln? Dr. P. H. in I.

346. 30jähriger kräftiger Schmied, Kriegsteilnehmer, leidet seit 1917 an immer wider auftretender Urtikaria. Bei der geringsten Abkühlung, z. B. nachts Bloßliegen oder bei der kleinsten Anstrengung, z. B. Radfahren ins nächste Dorf, treten sofort unter mehr weniger hohem Fieber großfleckige rote Erhebungen und Quaddeln am ganzen Körper auf. Unerträglicher Juckreiz. Die Urtikaria verschwindet nach 10 bis 24 Stunden, um sich oft ein- bis zweimal in der Woche zu wiederholen. Bisherige Behandlung (juckstillende, reizlose Puder und Salben, blande Diät, Stuhlregulierung, Bäder mit Schwefelleber, Chlorkalzium intern) ohne jeden Erfolg. Harn normal. Ätiologie? Therapie? Dr. F. D. in B.

347. Wie wird die Quernersche Sedimentfärbemethode ausgeführt (soll im Abderhaldenschen Handbuch der biolog. Arbeitsmethoden, T. 5, H. 1, von Querner und Weise beschrieben sein)? Was bringt die dortige Untersuchung der Harnsedimente noch Neues? Dr. E. K. in M.

348. Nach welcher Methode bestimmt man am genauesten, einfachsten und billigsten die freie Salzsäure und Gesamtazidität im Magensaft? Dr. E. K. in M.

349. Wer weiß ein billiges, sicheres und schnelles Mittel für Krätzebehandlung im Krankenhaus? Dr. E. K. in M.

350. Welches W e r k d e r O r t h o p ä d i e eignet sich am besten für den praktischen Arzt? Dr. E. K. in M.

Antworten:

Cehasol bei Lungentbc. habe ich, angeregt durch den Artikel von Baumann („Ars Medici" 1923, S. 382) angewendet. Da erfahrungsgemäß einander ergänzende Medikamente vereint eine stärkere Wirkung entfalten als einzeln, kombinierte ich das Cehasol mit anderen antituberkulösen Mitteln, und zwar in Pillenform: Rp: Cehasoli, Creosotali, Guajacoli carbon. (Duotali) ana 10.0, Balsam. Peruv. 5.0, Olei Menth. piper. gtt. X, Cerae flavae, Extr. et pulv. Gentian. qu. suff. ut fiant pilulae Nr. 100. D. S. Dreimal täglich zwei bis drei Pillen nach dem Essen (am besten mit Grütze, Kaffee o. dgl.). Oder dasselbe Rezept und statt Guajacol. carbon. 10.0 Thiocol-Roche etwa 15.0 auf 100 Pillen. — Ich sah von dieser Medikation vorzügliche Wirkung: Die Expektoration wird erleichtert, der eitrige Charakter des Sputums verliert sich, die Rasselgeräusche nehmen ab, in einigen Fällen auch das Fieber, insbesondere aber heben sich Allgemeinbefinden, Appetit und Gewicht. Im Falle von Schmerzen oder Durchfall kann man Pantopon und Kalziumpräparate gleichzeitig geben. Natürlich ist daneben die ditätetisch-physikalische Schwindsuchtsbehandlung nicht zu vernachlässigen. Bei Nierenkomplikationen sind Kreosotal und Guajakol kontraindiziert.

Dr. H. **Erdmann,** Schloß Schnepeln in Lettland.

Ad 190. Entfernung von Lapisflecken. Abreiben mit einem befeuchteten Kristall von Jodkalium. Dr. H. **Loebel,** Przemysl.

Ad 196. Ein „Mittel zur Entziehung des übermäßigen Alkoholgenusses" gibt es nicht. Sämtliche „Trunksuchtsmittel", mit denen Geheimmittelfirmen Reichtümer erworben haben, sind gewissenloser Schwindel. Die einzige richtige Behandlung des Alkoholismus ist rein psychisch und besteht in der Erziehung zur ausnahmslosen, völligen und dauernden Enthaltung von allen, auch den leichtesten geistigen Getränken. „Mäßigkeit" anzustreben ist verlorene Mühe und bei dem heutigen Stand der Erfahrungen dem Süchtigen gegenüber geradezu ein Kunstfehler. Es ist für ihn viel leichter, das erste Glas als die folgenden zu meiden. Wichtig ist, daß man — entgegen einer selbst unter Ärzten noch verbreiteten Meinung — den Alkohol m i t e i n e m S c h l a g v o l l s t ä n d i g entziehen soll. Eine tausendfältige Erfahrung von Irrenanstalten und Trinkerheilstätten zeigt, daß man bei dieser Methode kaum je ein nicht schon im Anzug stehendes Delirium noch sonst irgend eine Schädigung entstehen sieht. Die Beschwerden der Kranken bei der plötzlichen Entziehung — etwas vermehrtes Zittern, schlechter Schlaf — sind unerheblich und verschwinden nach einigen Tagen von selbst. Leichtere Fälle, bei denen der Alkoholismus die Willenskraft noch nicht stärker geschädigt hat, können durch Anschluß an eine Abstinenzorganisation, die sich mit Trinkerheilung befaßt (z. B. Guttempler) geheilt werden. Ohne Anschluß an eine Abstinenzorganisation, die auch alkoholfreie Geselligkeit zu bieten imstande ist, wird ein Süchtiger nur ganz selten die Kraft zur Fassung und Durchführung des Entschlusses, alkoholabstinent zu leben, aufbringen. Alle schwereren Fälle gehören in eine Trinkerheilstätte zu längerer Behandlung. „Nervensanatorien" sind in der Regel nicht alkoholfrei und auch

gar nicht imstande, die psychische Einwirkung so zu spezialisieren, wie die Behandlung des Alkoholismus es erfordert.
Primarius Dr. R. **Wlassak**, Leiter d. Alkoholiker-Abtlg, Wien, Am Steinhof.

Ad 214. Bei Psoriasis mit Schilddrüsenvergrößerung empfiehlt sich Organotherapie. Camrda (Ceska dermatol. 1922) berichtet über einen Fall von hartnäckiger Psoriasis, den er durch Behandlung mit Thymus-, Thyreoid- und Extractum-testis-Tabletten geheilt hat. Brock empfiehlt Bestrahlungen der Thymus mit Röntgen („Ars Medici" 1922, S. 128); manche Autoren bestätigen die Resultate, die meisten erkennen sie nicht an. Sachs hat als Antipsoriatikum das Natrium salicylicum in 20%iger intravenöser Injektion angegeben („Ars Medici" 1922, S. 454). Nach Hübner hat diese Injektion die Eigenschaft, die Haut für Chrysarobin zu sensibilisieren. Er verwendet „Psoriasal", eine sterile Natrium-salicylicum-Lösung der Chem. Fabrik Dr. Albert Bernard, Berlin C 19. — Näheres hierüber bei Herxheimer, Klin. Wschr. Nr. 29, 1923.
Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin.

Ad 218. Menstruelle Epilepsie. Geben Sie versuchsweise zwei bis drei Monate lang früh nüchtern und abends beim Zubettgehen je sieben Tropfen der Tinktur, bzw. des Fluidextraktes von Oenanthe crocata (Rebendolde) in einem Löffel abgekochtem Wasser. Oder ebenso den Fluidextrakt von Achillea millefolium (Schafgarbe). Empfohlen wird auch ein aus dem Sekret (Hautöl) der brasilianischen Kröte (Bufo rana) bereitetes Präparat. Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 221. Dosierung der heimischen Arzneipflanzen. Einigermaßen leiten kann Sie das 1922 im Verlage „Hahnemannia" (Stuttgart, Blumenstraße 17) erschienene Werk „Leitfaden zur Arzneimittellehre" von K. Stauffer. Beachten Sie insonderheit die Einleitung.
Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 222. Neue Arzneimittel. „Arzneitherapie des praktischen Arztes" von Prof. C. Bachem. Dr. A. **Todorovic**, Soko Banja.

Ad 236. Magnetische Kuren. Lediglich der Vollständigkeit halber — ohne den Versuch einer Definition und ohne Stellungnahme — mache ich auf das in dritter Auflage erschienene Werk „Das magnetische Heilverfahren" von Gratzinger, Wien 1922, aufmerksam. Die sonstige (durchwegs von sogenannten Okkultisten verfaßte) Literatur über Heilmagnetismus ist nicht ernst zu nehmen. Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 237. Poliomyelitis. Zwei schöne Heilungen von Poliomyelitis acuta ant. im Lähmungsstadium konnte ich mit subkutanen Injektionen von Streptokokkenserum erzielen. Dr. A. **Todorovic**, Soko Banja.

Ad 238. Entwanzung. Außer schwefliger Säure (Schwefeldioxyd) werden Blausäurederivate zur Ungeziefervernichtung angewandt. Vgl. Bail „Ungeziefervertilgung mittels Blausäuregas." — Gesundheitsingenieur 1919, Flury und Haase „Blausäurederivate zur Schädlingsbekämpfung". — M. m. W. Nr. 27, 1920. Hornung „Die Grundlagen der Anwendung von Schwefeldioxyd bei der Ungezieferbekämpfung". — Veröff. Med.-Verw. 1920, Bd. 11, H. 2. Jaeckel „Neue Desinfektions- und Ungeziefervertilgungsmittel und deren praktische Verwendbarkeit". — Der praktische Desinfektor 1918, Nöller „Die Bekämpfung der hygienisch wichtigsten tierischen Schädlinge". — Ztrlbl. f. Bakteriologie 1922. und Kl. W. Nr. 36, 1922, Rasen „Neue Methoden der Ungezieferbekämpfung". — Ztschr. f. Med.-Beamte 1920, Vogt „Die Methoden der Schädlingsbekämpfung". — Ztrlbl. f. Bakter. 1923, Wilhelmi „Die Bekämpfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen

Schädlinge". — Veröff. d. Med.-Verw. 1921, Wolf „Desinfektionsverfahren mit Blausäure". Dr. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 247. Sandows künstliche Salze (Emser, Wildunger, Karlsbader usw.) enthalten die wirksamen Bestandteile der entsprechenden Quellen, werden von E. Sandow in Hamburg hergestellt und sind in jeder (deutschen) Apotheke zu haben. Dr. M. **Schwab,** Berlin.

Ad 251. Aestivodoron besteht nach Angaben des Prospektes „aus durchaus unschädlichen Pflanzensäuren von Pomeen und Rutaceen". Anwendungsform: subkutane Injektionen, Unguentum und Liquor zur Pinselung der Schleimhaut. Das Mittel ist „ohne jede Gefahr, sicher und oft überraschend schnell wirkend. Es ist kein Linderungs-, sondern ein wirkliches Heilmittel". Hersteller: die Zweigniederlassung Schwäb. Gmünd der A.-G. „Der kommende Tag", der Gründung des Anthroposophen Rudolf Steiner. Dr. M. **Schwab,** Berlin.

Ad 261. Medikamente in der Schwangerschaft. La clinique D. L. Pouliot führt unter den in der Schwangerschaft verbotenen Medikamenten an: das Secale cornutum. — Hypophysenextrakte können bis gegen Ende der Gravidität gegeben werden, ebenso Chinin. Giftig sind auch Beifuß, Absynth, Safran, Apiol. — Raute und Wacholder können in kleinen Mengen gegeben werden. Absolut verboten sind die Drastika und Extr. fil. maris — Ferner sind verboten wegen Wirkung auf die Leber: Arsen (mit Ausnahme des Salvarsans bei Lues) und Phosphor. — Natrium salicylicum, Antipyrin und deren Derivate müssen mit Vorsicht verordnet werden wegen ihrer Wirkung auf die Nieren. Dann sind auch verboten alle blutdrucksteigernden Mittel, wenn geringe Zeichen von Überdruck bestehen, so das Adrenalin. Dr. E. **Mader,** Tisens, Italien.

Ad 265. Populäre Bücher über Schwangerschaft, Wochenbett und Säuglingspflege: Thiele „Mutterbüchlein", Chemnitz, Brunnersche Buchhandlung 1919. — Meyer-Rüegg „Die Frau als Mutter", Verlag Enke, Stuttgart 1920. — Huber „Die junge Frau", J. J. Weber, Leipzig 1920.

Dr. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 266. Gegen Alveolarpyorrhoe werden die verschiedensten Mittel angewandt: Preglsche Jodlösung, Proteintherapie, Neosalvarsan. Gegen das letztere wird von den meisten Zahnärzten Front gemacht. In schweren Fällen muß zahnärztliche Behandlung Platz greifen (chirurgische, Schienungstherapie). Ein einfaches, auch vom Nichtzahnarzt durchführbares, sehr erfolgreiches Verfahren für Fälle im Beginn bis zu dem Stadium, in dem der Zahnhals noch nicht ergriffen und der Zahn noch ziemlich fest in der Alveole sitzt, teilt neuerdings Teerbrüg (Ztschr. f. Laryng. Bd. 11, H. 6) mit: nämlich die ausgiebige Verwendung von Karbolsäure von 20%iger Konzentration bis zu reiner Karbolsäure langsam ansteigend. Technik: Bei einfacher Atrophie des Zahnfleisches Bestreichen des Zahnfleischrandes mit 20%iger Karbolsäure, langsam ansteigend zu höherer Konzentration in den weiteren Sitzungen. Einwirkenlassen eine viertel bis eine halbe Minute, dann Neutralisation mit Natr. bicarbon. (ein Teelöffel auf ein Glas lauwarmen Wassers). Bei Eiterungen und tiefen Zahnfleischtaschen mit geringem Zahnstein ist vor Anwendung der Karbolsäure Spaltung der Taschen mit nachfolgender Karbolsäureätzung notwendig. Größere Zahnsteinbildung und hochgradige Alveolaratrophie mit wackelnden Zähnen bieten bei diesem Verfahren keine Aussicht auf Erfolg.

Dr. M. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 270. Furunkulose. Prof. Kren (Wien) empfiehlt protrahierte Seifenbäder. Einem Bade von 28 bis 32° R wird 1 kg Schmierseife zugesetzt. Badedauer eine Stunde, nachher Bestreuen der Furunkel mit indifferenter Pudermasse. Wiederholung täglich durch zwei bis drei Wochen. Bei zu großer Seifenempfindlichkeit der Haut ist die Menge der Seife herabzusetzen.

Dr. A. **Kupka**, Wischau.

Ad 271. Ulcus cruris. Vielleicht versuchen Sie auch eine Behandlung mit „Makabin" und „Sozojodol-Hydrargyrum-Streupulver" 1% (Firma H. Trommsdorf in Aachen), womit wir im St. Adalbert-Hospital in Oppeln selbst bei ganz hartnäckigen Ulcera cruris schöne Erfolge hatten.

Dr. **Ellermeier**, Altona.

Ad 273. Mundsperre. Kieferklemme, Trismus, Mundsperre, Ankylostoma können auf den verschiedensten Ursachen beruhen, ihre ätiologische Diagnose bereitet daher mitunter Schwierigkeiten. Behufs Eruierung der speziellen Ursache eines neurogenen Trismus, das ist eines tonischen Krampfes in den Kaumuskeln infolge Reizung des motorischen Teiles (der portio minor) des Nervus trigeminus empfiehlt es sich, die Unterkiefergegend und Mundhöhle einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Eine Beinhautentzündung in der Nähe des Kieferwinkels (Periostitis mandibularis), eine Entzündung des Kiefergelenkes (Arthritis mandibularis), eine Osteomyelitis des Unterkiefers, eine Stomatitis gangraenosa erklären leicht die Ursache der Mundsperre. Ebenso ist die Ätiologie des mit anderweitigen Begleitsymptomen verlaufenden Trismus, z. B. bei Tetanus, Strychnismus, Chorea eine leicht erklärliche. Bei Fehlen sichtbarer Veränderungen in der Unterkiefergegend ist an verspäteten Durchbruch der Weisheitszähne zu denken (Röntgenoskopie!). Isolierter tonischer Kaumuskelkrampf kann ferner durch Reizung des Nervus trigeminus in seinem motorischen Anteil, und zwar von seinem Rindenfeld im untersten Abschnitt der vorderen Zentralwindung, von seinem im Pons gelegenen Kerne, ebenso weiter in der Peripherie ausgelöst werden. In diese Kategorie gehören die seltenen Fälle von Trismus bei einem apoplektischen Herd in der unteren Stirnwindung und bei Geschwülsten in der Brückengegend. — Eine zeitweise bei einem Mädchen ohne nachweisbaren Grund auftretende Kiefersperre infolge Kontraktur der Masseteren tritt als funktionelle Neurose bei Hysterischen auf; bestehen noch sonstige hysterische Stigmata, so ist die Diagnose leicht. — Reflektorisch können Spasmen der Kaumuskeln ebenfalls ausgelöst werden, und es kommen als reflexogene Zonen selbst weitab liegende Ursachen in Betracht. So z. B. kommen reflektorische Trigeminuskrämpfe bei Kindern infolge Darmparasiten vor.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 274. Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde. Das Standard-Werk ist: Guido Fischer „Die örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde", Verlag H. Meusser, Berlin 1920. — Kürzer ist Müller-Widmann „Die Lokalanästhesie zur Extraktion der Zähne", Verlag E. Bircher, Bern 1919. — Auch in dem großen Werk von H. Braun (dem „Vater der Lokalanästhesie") „Die örtliche Betäubung" (J. A. Barth, Leipzig 1919) ist die Lokalanästhesie und Leitungsanästhesie bei Zahnextraktionen ausgiebig behandelt. — Über Leitungsanästhesie speziell handelt: Seidel „Die Mandibularanästhesie", D. Zahnheilkunde in Vortr. H. 28, Leipzig bei G. Thieme 1913 und: Rünte und Moral „Die Leitungsanästhesie im Ober- und Unterkiefer", Sammlung Meusser H. 5, Berlin 1920 bei H. Meusser.

Dr. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 279. Asthma. Ich habe bei schweren asthmatischen Anfällen mit Injektionen von Coffein. natrio-benzoic. 0.25 mit einer Ampulle Digalen — intravenös verabreicht — sehr schöne Erfolge gesehen. Dieser Erfolg läßt sich durch eine gleichzeitige subkutane Papaverininjektion (0.04) wesentlich verstärken. Auch subkutane Injektionen von Troparin (Chinoin-Werke, Wien) wären im Anfalle zu versuchen. Unter allen Umständen muß intern durch viele Wochen Calcium chlorat. cryst. (4 g pro die) in Wasser gegeben werden. Das Kalzium vermag oft allein schon Asthma bronchiale zu heilen. Med.-R. Dr. J. **Rozsas**, Wien.

Ad 279. Ein Versuch mit der Tinktur (Fluidextrakt) von Aralia racemosa (amerikanische Narde) wäre wohl lohnend. Man gibt früh nüchtern, ebenso beim Zubettgehen je sechs bis acht Tropfen in einem Eßlöffel Wasser, in Anfallzeiten alle 30 Minuten einen Schluck aus einem Glase Wasser, in das 30 Tropfen gegeben wurden. Das Wasser ist eventuell abzukochen. — Auch die Tinktur von Sabadilla (Läusesamen) wird empfohlen, ferner Camphora Rubini. Ein vorzüglicher Ratgeber ist das Büchlein „Therapeutique des voies respiratoires“ par F. Cartier, Paris 1913, Librairie J. B. Baillière et fils. Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 280. Fett- und Metallgeschmack an der Mundschleimhaut. Die eigenartigen Gefühlssensationen im Munde, die Magenmanifestationen sowie den schlechten Zustand des Gebisses kann man für die Diagnose einer chronischen Gastritis verwerten. Beim Lesen der geschilderten Beschwerden hatte ich den Eindruck, daß es sich um eine latente Intoxikation handle, wobei durch Absonderung des toxisch wirkenden Speichels die so unangenehmen Geschmackssensationen hervorgerufen werden. Ähnliche Zustände habe ich bei einem Diabetiker und bei einem Töpfer (ohne Stomatitis saturnina) beobachtet.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzman.

Ad 281. Neuere Behandlungsmethoden der Arthritis deformans sind: Intramuskuläre Injektionen von 3 bis 5 cm³ 1%iger Lösung von Sulfur depurat. in Olivenöl („Ars Medici“ 1922, S. 52 und 247). Mit Kaseosaninjektionen ist nach Perls (M. m. W. 1922, S. 115) sehr vorsichtig zu verfahren. Zieglwaller (M. Kl. Nr. 22, 1923) berichtet über die „geradezu verblüffende Schmerzstillung“ durch intravenöse Injektion von Atophanyl (Kombination von 0.5 Atophannatrium und 0.5 Natr. salicyl. in fertigen Ampullen, E. Schering, Berlin). Bei Periarthritis destruens, die vorwiegend bei Frauen vorkommt, hat Munk (D. m. W. Nr. 5, 1921) die Proteintherapie mit Injektionen von Ovoglandol kombiniert.

Dr. M. **Schwab**, Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 282. Kachexie infolge Masturbation bei einem Kinde. Intern Phosphor in sehr schwacher Dosierung. Daneben psychoanalytische Einwirkung. In Anbetracht der sexuellen Verursachung des Leidens empfehle ich Ihnen, in dem vorzüglichen Buche „Psychoanalyse und Yoga“ von O. A. H. Schmitz, Verlag Otto Reichl, Darmstadt 1923, Rat einzuholen.

Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 287. Dyspnoe-Anfälle. Über die von Ihnen geschilderte Art der Dyspnoe liest man nur selten etwas. Das einzige Lehrbuch, in dem ich darüber etwas finden konnte, ist Henoch „Kinderkrankheiten“ 1897. Er schreibt: „Ich erinnere dabei an die bei Dyspepsie mit und ohne Gasanhäufung nicht selten vorkommende eigentümliche Oppression, welche darin besteht, daß der Patient häufig den Drang empfindet, möglichst tief zu inspirieren, ohne daß ihm dies vollständig gelingt. Sobald dies der Fall

ist. schwindet für einige Zeit das lästige Bedürfnis, tief Atem zu holen, kehrt aber bald wieder, und erst ein wiederholtes, krampfartiges Gähnen macht dem Anfall ein Ende. Auch hier handelt es sich wahrscheinlich um einen Reflex auf den Vagus, welcher unter gleichen Verhältnissen auch intermittierende Herzaktion hervorrufen kann. Ich habe diese Art von Asthma nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern von sechs bis zwölf Jahren beobachtet, welche die von der Idee eines Herz- oder Lungenleidens befangenen Eltern mir zuführten. Ein paarmal war dieser schon wochenlang in verschiedener Intensität sich geltend machende Zustand so auffallend, daß während einer Minute mehrere tiefe und doch nicht ausreichende Inspirationen unter starker Beteiligung der Schultermuskeln erfolgten. Auch hier ließ sich fast immer Dyspepsie oder Anfüllung des Dickdarms mit angesammelten Fäkalmassen nachweisen, und die dagegen gerichtete Behandlung hatte in der Regel schnellen Erfolg. Die nervöse Natur dieses „Asthma" gab sich auch dadurch kund, daß, wenn die Aufmerksamkeit der Kleinen durch irgend etwas, z. B. durch die Stethoskop-Untersuchung, gefesselt wurde, das Asthma sofort pausierte, aber wieder eintrat, sobald die Untersuchung beendet war." — Auch ich habe diesen Zustand oft beobachtet und glaube, daß hier mehr eine Insuffizienz der Atemmuskulatur des Thorax vorliegt als eine Vagusreizung. Ich denke an eine Funktionsstörung der Musculi intercostales externi. Faradisation des ganzen Thorax mit häufigen Stromunterbrechungen bringt auf längere Zeit Erleichterung. Am besten bezeichnet man den Zustand als „Atemsperre".

Dr. I. **Bamberger,** Kissingen.

Ad 287. Diese Atemnot eines älteren Mädchens ohne organischen Befund ist ein Symptom der Angstneurose (Angsthysterie) und beruht auf einem Defizit sexueller Befriedigung oder einem Liebeskonflikt, Aufklärung, Beruhigung, Abstellen der Schädigung und in schwereren Fällen Psychoanalyse ist die Therapie. — Freuds Arbeit „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen" (Neurol. Ztrlbl. 1905) ist hier grundlegend gewesen und noch nicht genug bekannt.

Dr. E. **Hitschmann,** Wien.

Ad 287. Eine eigentliche Dyspnoe (durch organische, pathologische Prozesse bedingte Atemnot) besteht bei Ihrer Patientin nicht. Anfallsweise Vertiefung oder Beschleunigung der Atemzüge wird bei Neurasthenie und Hysterie beobachtet, sehr häufig durch Gemütsaffekte veranlaßt, vorzugsweise bei intelligenten Personen asthmoid mit erhöhtem Blutdruck. Kongestionen sind es, die durch Hyperämie das Gehirn oder, wie im vorliegenden Falle, die Medulla oblongata als das dominierende Zentrum für die Ein- und Ausatmung, in einen Reizzustand versetzen, wodurch der dyspnoische Paroxysmus ausgelöst wird. Therapeutisch habe ich Valeriana und Bromural in dreisten Dosen mit recht gutem Erfolg verordnet.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzman.

Ad 291 und 295. Die Frigidität der Frau ist in der Regel psychogen bedingt und durch Aufdeckung der unbewußten Wurzeln in längerer Psychoanalyse heilbar. Vgl. die Arbeiten von Stemmer und von Siegner aus den Univ.-Kliniken Breslau und Tübingen im Ztrlbl. f. Gyn. 1922. — Dort wird die Psychotherapie auch gegen Hyperemesis, Vaginismus u. a. empfohlen.

Dr. E. **Hitschmann,** Wien.

Ad 295. Die Konzeption, id est die Befruchtung des weiblichen Eies, ist der erste Anstoß zur Auslösung von ebenso komplizierten wie subtilen biochemischen Prozessen, die der Embryologie gegenwärtig lediglich als in verschiedenen Stadien serienweise fixierte Morphen zugänglich sind.

Es widerspricht jedem rationellen Denken, einen nicht ganz normal funktionierenden Erektionsmechanismus für die Schädigung, respektive Minderwertigkeit der Frucht verantwortlich zu machen. Eine mangelhafte Erektion kann eine plausible Ursache einer Impotentia coeundi oder einer mechanisch oder dynamisch bedingten Impotentia generandi sein. Der von manchen Autoren supponierte kausale Zusammenhang zwischen mangelhafter Erektion, bzw. Orgasmus und Schädigung der Frucht entbehrt jeder wissenschaftlichen Begründung und findet seine einzige fragliche Stütze in einer unkritischen Statistik, der höchstens eine subjektiv gewertete Symptomatologie zugrunde liegt. — Falls im gegebenen Falle eine Konzeption nicht aus naheliegenden Gründen nur ein pium desiderium ist (das heißt eine Schwängerung überhaupt zustande kommen kann), ist gegen eine Schwangerschaft nichts einzuwenden. Solange uns das Wesen der Biochemie der Stammzelle, der Embryogenese sowie die genetischen Faktoren der Mißbildungen dunkel sind und die Embryologie sich in histologischer und makroskopischer Morphologie erschöpft, bleiben alle kausalen Vermutungen über die Mechanismen der Erektion, Ejakulation und des wechselseitigen Orgasmus der Zeugenden und deren Einfluß auf die Qualität der Frucht bloße Fiktionen, die jeder Praktiker als solche werten sollte.

Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 296. Fette Haare. Statt der Schwefellösung kämen noch in Betracht: Waschungen mit 2%iger Natrium-hydrocarbonicum-Lösung und Anwendung des nachfolgenden Spiritus: Rp. Acidi salicyl. 3.0, Glycerini 10.0, Spiritus vini ad 200.0. — Das Haar wird morgens mit einer milden Seife eingeseift, ebenso der Haarboden, dann sorgfältig mit warmem Wasser gewaschen, so daß alle Seife entfernt wird. Hierauf genaue Abtrocknung und vorsichtiges Kämmen mit weitem Kamm. Am anderen Tage eventuell statt der Seife obige Natronlösung oder abwechselnd sanfte Einreibung des Haarbodens mit obigem Haarspiritus nach Glattkämmen der Haare von einzelnen Scheiteln aus. **D. Red.**

Ad 299. Hypergalaktie. Empfohlen wird Calcarea ostrearum in homöopathischer, das heißt infinitesimaler Gabe, etwa: Rp. Calcar. ostrear. trit. VI 20.0. S. Dreimal täglich bohnengroß trocken auf die Zunge.

Dr. H. **Balzli**, Rohr-Stuttgart.

Ad 299. Abnorm lang andauernder Milchfluß ist durch Kampher (dreimal täglich je 0.12 bis 0.18 g innerlich oder subkutan; „Ars Medici" 1922, S. 542) in drei bis fünf Tagen zu beheben. Dr. A. **Kupka**, Wischau.

Ad 300. Konservative Kataraktbehandlung. Über diese besondere Methode der Kataraktbehandlung ist mir nichts bekannt (sie wurde inzwischen in „Ars Medici" 1923, S. 489 geschildert. — D. Red.). Doch muß im allgemeinen vor allen Behandlungen der Katarakt — es wurde ja schon häufig über Erfolge berichtet — gewarnt werden. Im höheren Alter finden sich fast bei allen Menschen Linsentrübungen, die entweder stationär bleiben oder nur ganz langsam zunehmen. Das tun sie jedoch mit und ohne Behandlung. Teilt man einem solchen Patienten mit, daß er einen „grauen Star" hat, so kann man mit der Behandlung freilich glänzende Resultate erzielen. Denn die Trübung nimmt auch von selbst nicht zu. Andere Trübungen entwickeln sich wohl zu einem kompletten grauen Star, aber so langsam, daß auch in diesen Fällen der konservative Therapeut, der behauptet den Star zum Stillstand gebracht zu haben, Triumphe feiern kann. Auf dieser Grundlage dürften die Erfolge der konservativen Therapie zu beurteilen sein. Eine Aufhellung einer bestehenden Linsentrübung hat bisher Niemand zustande gebracht. Dozent Dr. E. **Bachstez**, Wien.

Ad 301. Auswanderung als Arzt. Das Buch von Schwalbe „Ärztliche Praxis im Auslande“ (G. Thieme, Leipzig 1922) gibt Auskunft über alle einschlägigen Fragen.

Dr. M. **Schwab,** Med.-literar. Zentralstelle, Berlin W.

Ad 301. Über Vereinigte Staaten, Britisch-Indien und Holländisch-Indien kann ich interessierten Kollegen einige Auskunft erteilen.

Dr. H. **Balzli,** Rohr-Stuttgart.

Ad 312. Gummihandschuhe werden am besten für ihre Konservierung sterilisiert durch Einlegen für etwa eine Stunde in 5‰ Schwefelsäurelösung (5 g H_2SO_4 auf 1 l Wasser). Diese Methode ist vom verstorbenen Prof. Asud vor einigen Jahren angegeben worden. Seither hat er und auch der Schreiber dieser Zeilen mit so sterilisierten Gummihandschuhen alle chirurgischen und gynäkologischen Operationen (auch Gelenkoperationen) mit bestem Erfolge quoad asepsim ausgeführt. Auch experimentell-bakteriologisch ist die Methode geprüft und sicher gefunden worden. Vor dem Anziehen können die Handschuhe mit sterilem Wasser, Lysoformlösung oder ähnlicher Flüssigkeit abgespült werden. Nach der Sprechstunde lege ich so die gebrauchten Handschuhe für ein bis zwei Stunden ein, dann werden sie gespült, getrocknet und in sterilem Talkpulver aufgehoben. Dozent Dr. R. v. **Fellenberg,** Bern.

Ad 312. Für das Aufbewahren der Gummihandschuhe, die jederzeit gebrauchsfertig sein sollen, benütze ich das von Prof. Volano angegebene Mittel: Nach Reinigung mit Wasser und Seife Einlegen in ein Gefäß mit folgender Lösung: Hydrargyri bichlorat. corros. 0.3, Glycerini, Aqu. dest. ana 150.0. Dr. H. **Loebel,** Przemysl.

Ad 314. Chronische Bronchitis und Albuminurie. Soweit sich bei den gebotenen Anhaltspunkten eine Äußerung abgeben läßt, ist chronische Stauung im kleinen Kreislauf anzunehmen. Therapeutischer Vorschlag: Flüssigkeitseinschränkung bis 0.8 l Milch am Tage, ein- bis zweimal wöchentlich 1 bis 2 g Diuretin nachmittags. Als Hustenpulver Codeini mur., Papaverini mur. ana 0.01 bis 0.02 pro dosi.

Hofrat Prof. Dr. J. **Pal,** Wien.

Ad 314. Als Grundursache des geschilderten komplizierten Krankheitszustandes muß die universell ausgebreitete Arteriosklerose angeschuldigt werden. Die chronische Bronchitis mit dem reichlich schaumigen Auswurf und das gedunsene Gesicht sind als Stauungsfolgen zu werten, bedingt durch endarteriitische Veränderungen des Gefäßapparates im kleinen Kreislauf. Gleichzeitig besteht sklerotische Erkrankung der Nierenarterien, worauf die Eiweißausscheidungen im Urin zurückzuführen sind. In Anbetracht der geringen Hypertonie, der kaum beeinträchtigten kardio-renalen Funktionen ist das Krankheitsbild als ein seniler atheromatöser Prozeß aufzufassen, der einen wohl lentiszierenden, jedoch nicht malignen Verlauf nehmen dürfte. Arteriosklerotikern verordne ich monatelang Sajodin abwechselnd mit Diuretin. Gegen die Bronchitis empfehle ich Thiocol, Wickel; zur Herabsetzung des Hustenreizes Kodein.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Kotzman.

Ad 314. Ist der Patient Trinker oder Raucher? Klima? Boden? Wohnung? Luft? Bettwäsche, Körperpflege? Zähne, Nahrung? — Bei reichlichem schaumigem Sputum sind die Expektorantien kontraindiziert, lieber Adstringentia, z. B. Plumbum aceticum cryst. (nicht zu oft!), Tannin, eventuell Kreosotal, Kalium sulfoguajacolicum, Cehasol. Statt Narkotika nur Sedativa, z. B. Codein. mur. und Papaverin. mur. — Adstringierende

Inhalationen (aber bei Nierenreizung kein Terpentin!). Bei nächtlichen Hustenanfällen fünf Stunden vor dem Anfall 0.5 Chininum mur. — Mund- und Nasenpflege. Lauwarme, nicht reizende Getränke. Heiße Fuß- und Armbäder. Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 320. Flicksche Nabelschürze. Aus einer etwa 10 cm breiten Mullbinde mit gewebten Rändern wird ein vier bis fünf Schichten dicker quadratischer Fleck zusammengenäht. An die obere und untere Kante wird je ein meterlanges und 1 bis 2 cm breites Battistbändchen horizontal angenäht, so daß beiderseits gleich lange Streifen (oben wie unten) über den Fleck hinausreichen. Ein drittes, 60 cm langes Bändchen wird an die linke Vertikalseite des Quadrates genäht. Das sterile Schürzchen kommt nun auf den Nabel zu liegen, die horizontalen Bänder werden um den Leib geschlungen, dann wieder nach vorne geführt und über dem Fleck geknüpft, nachdem sie durch je eine am seitlichen Rand desselben angebrachte Schlinge gezogen wurden. Das vertikale Band kommt um den Nacken des Kindes, um auf der rechten Seite der Schürze befestigt zu werden. Der Nabelverband verschiebt sich nicht und verhindert nicht die Besichtigung des Nabels. Dozent Dr. R. **Neurath**, Wien.

Ad 322. Ischiasartige Schmerzen. Aus der Beschreibung läßt sich nicht mit Sicherheit die Diagnose stellen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine akute infektiöse Osteomyelitis der Lumbalregion, die gerade hier häufig lokalisiert ist. Es kommt nicht selten zu den schwer diagnostizierbaren praevertebralen Abszessen, bzw. zu Psoasabszeß. Diagnose, wenn möglich, durch Röntgenaufnahme sichern. Eine tuberkulöse Spondylitis ist nach der Beschreibung wohl auszuschließen, ebenso eine Koxitis. Auch die gelegentlich unter dem Bild einer Polyneuritis verlaufende Poliomyelitis ant. acut. ist hier wegen der Länge der Zeit auszuschließen. Zu denken wäre noch an ein Gumma der Lendenwirbelsäule (selten!). Die Therapie hat in Inzision des Abszesses zu bestehen. Daneben würde ich dringend zu Kaseosaninjektionen raten. Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 322. Nach der Beschreibung (19 Jahre alt, Fieber) ist Psoitis auszuschließen und unbedingt rheumatische Ischias anzunehmen. Genaue Anamnese, Achtung auf einseitiges Sitzen bei sitzender Beschäftigung, langes Klosettsitzen! Charakteristische Druckpunkte und das Lasèguesche Phänomen sollen die Ischias-Diagnose bekräftigen. Therapie: Bügeln der Hinterfläche der Schenkel mit gewöhnlichem heißem Bügeleisen durch ein dickes Handtuch, zweimal täglich zehn Minuten lang. Außerdem Injektionen zwischen Tuber ischii und Trochanter tief perineural (vgl. „Ars Medici" 1922, S. 7, 109, 154, 537. — 1923, S. 459). Ich habe mit folgender Injektionslösung sehr gute Erfolge gehabt: Rp. Novocaini 0.1, Antipyrini 2.0, Aqu. dest. 15.0 bis 20.0. Filtra, sterilisa. Das Ganze injiziert man auf einmal um den Nerven. Wenn die Schmerzen nicht nachlassen, so kann man dieselbe Lösung nach zwei bis drei Tagen noch einmal injizieren. Nach der zweiten Injektion ist in meinen Fällen immer volle Heilung eingetreten. Dr. K. **Stankovitsch**, St. Sivac.

Ad 323. Entfernung von Paraffininjektionen. Die Aussichten hängen ganz von den speziellen Verhältnissen ab. Im Gesicht lassen sich solche Paraffindepots, besonders wenn sie frisch sind, von einer Inzision in Mund, Nase oder behaarter Kopfhaut her subkutan ausräumen. Ältere, stark organisierte Depots sind aber sehr schwer zu entfernen, und es bleibt eventuell nichts anderes übrig, als die Haut darüber zu spalten.

Dr. E. **Eitner**, Facharzt f. Dermat. u. Kosmetik, Wien.

Ad 325. Urtikaria mit Magenbeschwerden und Ohnmachten. Würde möglichst eiweißarme (besonders animalisches Eiweiß!) Diät anraten, intern Karlsbader Wasser neben fortgesetzter Kalziumtherapie. Gegen das Jucken versuchsweise Vilja-Creme neben alkoholischen Waschungen und Pudern, gegen Überempfindlichkeit für Kälte abhärtende Prozeduren.

Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner**, Wien.

Ad 327. Schwellungen und Schwindel. Offenbar handelt es sich um umschriebene Ödeme (Quinckesches Ödem), ein sehr hartnäckiges, schwer beeinflußbares Leiden, dessen Genese heute verständlicher ist als seinerzeit. Bei bestehender Disposition vermag irgend ein Stoffwechseltoxin (anaphylaktisch) dieselben auszulösen. Sie können gefährlich werden durch ihre Lokalisation (Kehlkopf, Stenoseerscheinungen). Ich würde eine Kalktherapie empfehlen: täglich 4 g Calcium phosphoricum oder noch besser Afenilinjektionen. Daneben kleine Dosen Chinin, dreimal täglich 0.25 g. (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 450 und 1923, S. 459. — D. Red.).

Prof. Dr. O. **Marburg**, Wien.

Ad 328. Asthma, Blepharitis und Schwangerschaft. Die Angaben sind zu kurz. An sich sind zwar die Fälle gar nicht so verschieden, als sie auf den ersten Blick aussehen. Daß Blepharitis und Asthma während der Schwangerschaft jeweils aussetzen, während sie sonst fast beständig sind, läßt sich sehr wohl so deuten, daß die vasomotorische und überhaupt die nervöse Erregbarkeit der Frauen in dieser Zeit herabgesetzt ist. Ein besonderes Organ dafür verantwortlich zu machen, ist schwer. Nur aus dem Gesamtbilde der Frauen könnte man sich vielleicht eine Vorstellung davon machen, ob in dieser oder in jener Richtung etwas zu versuchen ist. — Daß Mastodynie einmal nur während der Periodenblutung, ein andermal nur außerhalb derselben auftritt, muß eine ähnliche Erklärung finden. Ein Urteil ist ebenfalls nur dann möglich, wenn man über den Charakter der Menstruation selbst und über den Gesamthabitus der Frauen klar ist. Ohne dieses Gesamtbild läßt sich nicht sagen, ob man eher von leistungssteigernden oder eher von ableitenden und beruhigenden Mitteln Erfolg erwarten kann. Prof. Dr. F. **Kermauner**, Wien.

Ad 328. Durch spontane Klagen der Frauen über Brustdrüsenschmerz aufmerksam auf dieses Phänomen geworden, achte ich seit vielen Jahren bei den Patientinnen auf dieses Symptom. Mehr als die Hälfte der Frauen scheint etwa 14 Tage nach Menstruationsbeginn (Follikelsprung?) Mastodynie zu haben. Ein großer Prozentsatz hat Brustschmerzen wenige Tage vor Mensesbeginn und erkennt am Ausbleiben dieser Schmerzen eingetretene Gravidität. Andere Frauen wiederum klagen über Mastodynie während der periodischen Blutung. Ganz frei von diesen Schmerzen im Laufe des monatlichen Zyklus sind eigentlich nur wenige Frauen, und bei diesen treten sie zuweilen gerade bei Schwängerung kurz nach dem Termin der ausgebliebenen Menstruation ein. Dr. A. **Feuerring**, Wien.

Ad 329. Adenoide Wucherungen sollen, wenn sie solche Dimensionen angenommen haben, daß das Kind dadurch zum Mundatmer wird, ohne Rücksicht auf das Alter des Patienten entfernt werden. Der Eingriff ist, von geübter Hand ausgeführt, ein harmloser und kurzdauernder. Der Schok kann durch Chloräthyl- oder Ätherrausch vollkommen ausgeschaltet werden. Eventuelle Wachstumsanomalien sind natürlich nur vom Belassen der adenoiden Vegetationen, aber nicht von deren Beseitigung zu befürchten. Die bekannte Facies adenoidea, der spitzbogenförmige harte Gaumen und der daraus sich ergebende „falsche Aufbiß" sind ein Ausdruck

dieser Wachstumsstörungen des Gesichtsschädels. Auf die aus der habituellen Mundatmung sich ergebenden Gefahren und dauernden Schädigungen auch im Bereiche der tieferen Luftwege sei nur ganz allgemein verwiesen. Zögern Sie daher nicht, an ihrem Kinde diesen unbedeutenden und doch so bedeutungsvollen Eingriff baldigst vornehmen zu lassen.

Primararzt Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 330. Portiokappen werden in verschiedener Größe, nach Nummern, von vielen Firmen hergestellt und vorrätig gehalten (Med. Warenhaus, Wien IX, Spitalg. 1, Leiter, Wien IX., Marianneng. usw.). Außerdem kann man Pessare nach Gipsabdruck verfertigen lassen, am besten durch Dr. Kafka, Wien I., Tuchlauben 8. Den Gipsabdruck stellt man in der Weise her, daß man den sorgfältig gerührten, gleichmäßig dickflüssigen Gipsbrei in ein eingeführtes Röhrenspekulum eingießt, bis die Portio vollkommen gedeckt ist. Das Spekulum muß so weit sein, daß es gerade die Portio vollkommen sichtbar macht. Vor dem Einführen wird die Portio etwas mit Vaselin eingefettet. Nach dem Erkalten wird das Spekulum samt Gips entfernt und an den Kappenerzeuger eingesandt. **D. Red.**

Ad 331. Gesichtsröte. Zur Entfernung von Teleangiektasien im Gesicht bedient man sich verschiedener Methoden je nach Größe und Anzahl der Gefäße. Für sehr feine in großer Anzahl kommt Skarifikation und Paquelin in Betracht, bei Vorhandensein eines Diathermieapparates die Kaustiknadel (vgl. Eitner, W. kl. W. Nr. 5, 1910), für größere Mikrobrenner oder Elektrolyse.

Dr. E. **Eitner**, Facharzt f. Dermat. u. Kosmetik, Wien.

Ad 334. Bronchialdrüsentbc. und Ponndorf. Eine richtig geleitete konservative Heilstättenbehandlung ist imstande, kindliche Tuberkulose auszuheilen, wie hundertfache Erfahrungen beweisen. Das Ponndorfsche Verfahren wurde von uns bei vielen Fällen angewandt. Schädigungen haben wir nicht gesehen, doch sind solche theoretisch gewiß möglich, da dieses Verfahren keine exakte Dosierung gestattet. Daher sind wir seit einem Jahre zu der milderen Behandlung mit Ektebin übergegangen. Da dieses Präparat ziemlich teuer ist, wurde mir von Herrn Prof. Dr. E. Löwenstein (Serotherapeut. Institut, Wien IX) ein Ersatzpräparat seiner Erzeugung zur Verfügung gestellt, das die gleichen Eigenschaften zu besitzen scheint. — Frage 1 erledigt sich durch obiges. Ad 2. Durch eine starke Herdreaktion kann natürlich eine Schädigung erfolgen. Ad 3. Siehe oben. Ad 4. Eine prophylaktische Impfung gegen Tuberkulose gibt es nicht. Dagegen würde ich raten, durch den „Pirquet" festzustellen, ob nicht das andere Kind bereits ebenfalls infiziert ist. Auf alle Fälle scheint eine Isolierung beider Kinder von der tuberkulösen Mutter als das Dringendste. Primarius Dr. H. **Maendl**, Heilanstalt Grimmenstein, N.-Ö.

Ad 335. Vgl. Sie den Artikel „Proteosen" in „Ars Medici" 1922, S. 450. **D. Red.**

Ad 337. Heißluftbehandlung. Medizinische Warengeschäfte verleihen transportable Heißluftapparate (z. B. „Unisan", G. m. b. H., Wien I., Ebendorferstraße 4). Man kann auch selbst einen Heißluftapparat improvisieren. Eine Spirituslampe am Boden neben dem Bette liefert die Wärme, die durch ein knieförmig gebogenes Blechrohr in einen über den Patienten gestülpten Tunnel (Reifenbahre) geleitet wird, über welchen gut abdichtend Decken gebreitet sind. Ein eingefügtes Thermometer dient zur Kontrolle der Temperatur, die optimale Wirkung ist bei 50 bis 55° C. **D. Red.**

Ad 340. Anfallweises Hinstürzen. Das, was der Kollege schildert, entspricht dem bei der sogenannten Narkolepsie von Gelineau und vielen

anderen beschriebenen Verhalten, einem plötzlichen Versagen der gesamten Muskulatur bei starken emotionellen Erregungen (Freude, Ärger usw.), das, was Henneberg als „kataplektische Hemmung" bezeichnet hat, wobei es auch zu plötzlichem Hinstürzen ohne Bewußtlosigkeit kommt. Jedoch bestehen daneben stets auch narkoleptische Anfälle, plötzliches Einschlafen, selbst mehrmals des Tages, ohne Zeichen epileptischer Anfälle. Die Narkolepsie kann idiopathisch sein oder symptomatisch (Tumoren der Hypophyse, Fettsucht, Diabetes usw.). Therapeutisch wurde unter anderm Koffein empfohlen (siehe Redlich, Jahrb. f. Psych., Bd. 37, 1917). Prof. Dr. E. **Redlich**, Wien.

Ad 342. Myokarditis und Schrumpfniere. Zwischen der sogenannten chronischen Myokardits und Schrumpfniere besteht nur insofern eine Analogie, als bei beiden Prozessen eine Arteriosklerose die Ursache sein kann. Die Entwicklung der pathologischen Veränderungen ist jedoch eine verschiedene. Bei der sogenannten Myokarditis führt die Sklerose der Äste der Koronararterien zu anämischen Infarkten des Herzmuskels, zu Myomalazien. Heilen diese aus, so entwickeln sich bindegewebige Schwielen und diese bilden das anatomische Substrat der sogenannten Myokarditis. Bei der arteriosklerotischen Schrumpfniere kommt es infolge der Arteriosklerose zu einer Verödung von Glomerulis und in weiterer Folge zu einer sekundären Atrophie der zugehörigen Harnkanälchen. Hierauf beruhen die Einziehungen und Absumptionen der Nierenoberfläche. Die klinische Prognose wird sowohl bei der Myokarditis als auch bei der Schrumpfniere von dem Grad und der Ausdehnung des Grundleidens und des lokalen Prozesses abhängen. Prof. Dr. C. **Sternberg**, Wien.

Ad 349. Krätzebehandlung. Sehr empfehlenswert die in Wien an Zehntausenden erprobte Schnellkur nach Prof. Oppenheim („Ars Medici" 1920, S. 122). — Ähnlich die französische Schnellkur, siehe „Ars Medici" 1921, S. 122. **D. Red.**

Medikamente.

Primulatum fluidum ist ein Auszug aus den Wurzeln der einheimischen Schlüsselblume (Primula officinalis) und des Veilchens (Viola odorata). Der Extrakt enthält Saponin und Emetin, vereinigt also die wirksamen Prinzipien von Senega und Ipecacuanha und wirkt gut bei Bronchialerkrankungen, grippösen Zuständen u. dgl. Man verordnet das Präparat als Tropfen oder als Mixtur mit Liquor ammonii anisati, Tinctur. opii benz. usw. — Erzeuger: E. Tosse, Hamburg. (Ther. d. Gegenw., IV, 1923.)

Resanol enthält Calcium jod., Calcium lact., Calcium phosphor., Pepton und Extr. Malti. Es stellt ein wohlschmeckendes Ersatzmittel des Lebertrans dar und dient zur intensiven Kalktherapie. Das Pulver wird messerspitzenweise bis kaffeelöffelweise nach den Mahlzeiten verabreicht. Pollak (Preyersches Kinderspital, Wien) berichtet über ausgezeichnete Erfolge bei Rachitis, Kalkarmut Stillender, Spasmophilie, exsudativer Diathese, Bettnässen und hämorrhagischer Diathese. — Erzeuger: F. Pietschmann, Quellen-Apotheke, Wien X.

Yohosan. Dieses in „Ars Medici" 1923, S. 489 erwähnte Präparat wird nicht, wie dort irrtümlich angegeben, von den Chinoin-Werken, sondern von den „Sanabo-Werken, Wien XII., hergestellt.

Instrumente und Apparate.

Ein elektrischer Thermophor für Ohr, Nase und Hals von Dozent Dr. Oskar Beck. Demonstration in der österreichischen Otologischen Gesellschaft, Jänner 1923. — Der Thermophor besteht aus zwei Säckchen, die 10 cm hoch und 7 cm breit sind und in denen sich die Heizkörper befinden. Diese Säckchen können an der Längs- und an der Schmalseite miteinander verbunden werden. Die Verbindungsstücke führen Leitungsdrähte, so daß immer beide Säckchen in den gewünschten Wärmegrad gebracht werden können. Sind sie an der Längsseite geschaltet, so können sie fürs Ohr verwendet werden, wobei eine Verbrennung der Ohrmuschel nicht möglich ist, da sich diese zwischen den Heizkörpern befindet. Analog ist die Schaltung für die Behandlung der Nebenhöhlen, wobei die Heizkörper zu beiden Seiten der Nase liegen. Erfolgt aber die Schaltung an der Schmalseite der Heizkörper, so kann der ganze Thermophor um den Hals gelegt werden. Die Heizkörper sind sehr leicht, so daß durch das Gewicht des Thermophors kein Druck und kein Schmerz verursacht wird. Er kann auf drei verschiedene Wärmegrade reguliert werden (40°, 50°, 70°). Der Thermophor wird vom medizinischen Warenhaus, Wien IX., Spitalgasse 1, erzeugt.

Notizen.

Kinderaktion für deutsche Ärztekinder. Kollegen aus Deutschland fragen an, ob sie ihre Kinder nicht für einige Zeit bei Landärzten in Österreich und anderen Staaten unterbringen könnten. Wir werden eine solche Aktion nach Kräften unterstützen. Anerbieten sind an uns oder an das Österreichische Volksgesundheitsamt (Hofrat Dr. Foramitti), Wien I., zu richten.

Gute Bücher.

Prof. I. Boas (Berlin): „Das Hämorrhoidalleiden. Wesen, Ursachen, klinisches Bild und Therapie.“ Mit einer Abbildung im Text und sechs Abbildungen auf einer Tafel. Verlag C. Marhold (Halle a. S.) 1922. 66 Seiten. Preis für Österreich *K* 12.000.—. Eine erschöpfende Darstellung dieses für die Praxis so wichtigen Krankheitsbildes. Dankenswert ist insbesondere die genaue Schilderung der Therapie und deren Technik, so daß jeder Praktiker nach Lektüre dieser Broschüre die Behandlung des Hämorrhoidalleidens leicht beherrschen kann.

E. Silbermann: „Anleitung für die Ernährung von Zuckerkranken.“ Ein gut zusammengestellte Kochbuch mit zahlreichen Kochrezepten, das man dem Kranken in die Hand geben kann. Befürwortet von Prof. H. Strauß (Berlin). Verlag C. Marhold (Halle a. S.), 1923. 105 Seiten. Preis für Österreich *K* 9600.—.

Prof. Max Kauffmann (Halle a. S.), Dr. med. jur. et phil.: „Die Bewußtseinsvorgänge bei Suggestion und Hypnose.“ Mit vier Tafeln, darunter zwei farbigen. Zweite umgearbeitete Auflage. Verlag Carl Marhold (Halle a. S.). 38 Seiten, Preis für Österreich *K* 7200.—. Eine interessante und originelle psychologische Studie, deren anregende und leicht fasslich geschriebene Lektüre einen Einblick gewährt in die verschiedenen Grade und einzelnen Typen des Bewußtseins. Dieselben sind in konzentrischen Kreisen graphisch dargestellt, zwischen welchen die Kurve des Erlebens mit ihren normalen und pathologischen (Hypnose) Bewußtseinsschwankungen verläuft.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreis pro 1923, portofrei: Für das zweite Halbjahr: für Österreich u. Deutschland ö. *K* 12.000.—, für Ungarn u. Polen ö. *K* 15.000.—; ganzjährig: č. *K* 30.—, Lire 12.—, Dinar 50.—, Lei 120.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn. Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1922, soweit vorrätig): *K* 30.000.—, č. *K* 30.—, Dinar 50.—, Lire 15.—, Lei 150.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, skand. *K* 6.—, holl. fl. 4.—, Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.— , č. *K* 40.—, Dinar 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—. Probehefte gegen Portoersatz.

Zahlungen aus **Deutschland, Polen** und **Ungarn** können auch in Mark, bzw. u. *K*, zum Tageskurse umgerechnet, an unsere dortigen Zahlstellen erfolgen. Zahlungen aus dem **übrigen** Auslande werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da wir das Blatt an die valutaschwachen Länder unter den Gestehungskosten liefern.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4908. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.662. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

Ars Medici

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

gründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

daktion und Administration: Telephon 29139 **Wien IX., Spitalgasse 1A.**

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 12. XIII. Jahrgang. 1923.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Dezember 1923.

Interne Medizin.

Anämie — hohe Eisengaben.

Lichtenstein hat als Erster bei Kindern reines Eisen in großen Gaben angewandt, nach ihm hat Lindberg diese Medikation bei Kindern und Erwachsenen empfohlen. Barkan (Med. Univ.-Klinik, Würzburg) erprobte die Methode bei zahlreichen Erwachsenen mit Chlorose und sekundären Anämien und berichtet über ganz auffallende Erfolge, die die Erfolge von Solarsoninjektionen + Blaudschen Pillen erheblich übertrafen. In zwei bis drei Wochen stieg gewöhnlich der Hämoglobingehalt um 20 bis 30%, Allgemeinbefinden und Appetit nahmen sichtbar zu. Auffallenderweise wurden die großen Eisendosen vom Magen sehr gut vertragen, kein Magendrücken stellte sich ein, der Appetit stieg sogar — wie erwähnt — an, der Stuhl war nicht angehalten. Nur in einem Falle von Ulcus ventriculi mußte die Eisenmedikation wegen Magenschmerzen unterbrochen werden. Verordnet wird Ferrum reductum 0.5 in Oblaten, vor den Mahlzeiten zu nehmen (damit durch den nachfolgenden Kauakt die Eisenreste aus der Mundhöhle entfernt werden). In den ersten zwei bis drei Tagen gibt man je zwei solche Pulver täglich (also 1 g pro die), dann zwei bis drei Tage hindurch 2 g pro die, schließlich drei bis vier Wochen je 3 g pro die. Diese Dosen sind zehnmal so hoch als die übliche Medikation, welche 0.05 bis 0.1 g zwei- bis dreimal täglich beträgt. (Klin. Wschr. Nr. 37/38, 1923.)

Anaemia perniciosa — Therapie.

In sieben Fällen von schwerer A. perniciosa, bei denen die übliche Therapie (Arsen, Tierkohle, Magenspülungen, Diät) versagte, versuchte Streibel (Intern. Abtlg. Prof. Winternitz, Halle) den Neisserschen „Arsenstoß", wobei Arsen in hohen Dosen (von 20 mg rasch ansteigend in wenigen Tagen bis auf über 100 mg pro die, dann abbrechen) per os verabfolgt wird (siehe „Ars Medici" 1922, S. 342). Nur in einem Falle war ein deutlicher Erfolg zu erkennen. Die hohen Dosen wurden durchwegs gut vertragen. In zwei Fällen gelang es durch Transfusion von 100 bis 200 cm^3 Blut jahrelange Remissionen zu erzielen. Es wurde mittels paraffinierter 20-cm^3-Spritze frisch vom Spender entnommenes Blut durch eine in die Kubitalvene eingebundene und mit Normosallösung gefüllte Hahnkanüle injiziert. Bisweilen kann die Injektion schon von wenigen Kubikzentimetern frischen Blutes vollen Erfolg haben. (Die Ther. d. Gegenw., H. 8, 1923.)

Durch Beckenhochlagerung können Gallensteinkoliken kupiert werden.

A. Herrmann (Spitalsdirektor in Karlsbad) sah häufig, namentlich bei rechtzeitiger Tieflagerung des Oberkörpers durch fünf bis zehn Minuten (die Füße müssen etwa um 60 bis 80 cm höher liegen als der Kopf) vollständiges Aufhören der Schmerzen.

Ebenso empfiehlt Schnitzler Beckenhochlagerung bei Bauchlage bei der akuten postoperativen Magendilatation (infolge arterio-mesenterialen Darmverschlusses nach Albrecht) als häufig lebensrettend.

Nach E. Ebstein können die gastrischen Krisen der Tabiker dadurch gemildert werden, daß Patient die Beine an der Bettwand senkrecht in die Höhe stellt und die Arme nach unten hängen läßt. (M. m. W. Nr. 26, 1923.)

Zur internen Behandlung der chronischen Ruhr

empfiehlt Prof. K. Walko (Prag): Täglich morgens Durchspülung des Magens und Darmes mit ¼ bis 1 l phys. Na Cl oder Pfefferminztee; keine konzentrierten salinischen Abführmittel, kein Kalomel! Sehr wirksam sind nach Reinigungseinlauf kleine Klismen morgens mit 50 bis 100 cm³ Gummiarabicum-Lösung mit Wismut, Dermatol oder Yatren (2 bis 5%ige Lösung) und abends mit 20 bis 30 cm³ Olivenöl mit Yatren oder Dermatol. Gegen die Spasmen Atropin. Bei Stenosen, starken Blutungen und therapeutisch refraktären, chronisch ulzerösen und periproktitischen Formen Zökostomie (M. Kl. Nr. 37, 1923.)

Zur Nykturie bei Herz- und Nierenkranken.

Der Gesunde scheidet tagsüber drei- bis viermal so viel Harn aus als nachts; der Nachtharn ist dabei meist spezifisch schwerer als der Tagesharn. Demgegenüber ist bei den meisten Herz- und Nierenkranken die Nachtportion des Urins größer oder wenigstens eben so groß wie die Tagesportion (Nykturie), das spezifische Gewicht des Nachtharns oft niedriger als das des Tagesharns. Klein (Med. Univ.-Klinik, Prag) untersuchte die Ursachen dieser Erscheinungen genauer und stellt zwei Haupttypen von Nykturie auf: die kardiale Nykturie (bei Herzinsuffizienz) und die peripher-kapilläre Nykturie (bei Hypertonikern ohne Herzinsuffizienz einschließlich der chronischen Nephritiden). Bei kardialer Nykturie ändert ein Aderlaß nichts am Bilde, bei Nierenkranken mit Nykturie aber vermehrt ein ausgiebiger Aderlaß die Tagesportion auf Kosten der Nachtportion. Ferner kann man die kardiale Nykturie daran erkennen, daß hier die Größe der Nachtportion besonders stark die der Tagesportion überragt, das spezifische Gewicht der Nachtportion etwas niedriger ist als das der Tagesportion; die Menge der gesamten Chloride ist im Nachturin wesentlich, die des gesamten Stickstoffes meist etwas höher als im Tagesurin. Bei länger dauernder Bettruhe tritt häufig eine Verringerung der Nykturie, fast niemals ein Verschwinden derselben ein. Durch Behandlung mit Digitalis und diuretisch wirkenden Medikamenten wird die Nykturie zunächst verstärkt, später wird sie wiederum meist geringer und kann für kurze Zeit sogar verschwinden. Eine länger dauernde oder ständige Beseitigung der Nykturie wird bei dekompensierten Herzfehlern fast nie erreicht. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 97, H. 4 bis 6, 1923.)

Die Phosphaturie

ist eine Trübung des Harns mit Bildung von Bodensatz, die durch Ausfall von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk (also eigentlich Kalkariurie)

infolge von herabgesetzter Harnazidität entsteht. Bei Zusatz von Essigsäure löst sich der Bodensatz unter Aufbrausen. Die verminderte Harnazidität kann bedingt sein durch vegetabilische Kost, Medikamente oder Störungen der Magensaftsekretion, namentlich Hyperazidität (gastrogene Phosphaturie). Bei Kindern läßt sich die Kalkariurie durch kalkarme Kost (wenig Milch und Eier) beseitigen (Tobler, Moll, Langstein) Kleinschmidt konnte hingegen bei einer Reihe von Kindern die Unabhängigkeit der Kalkariurie von der Nahrung nachweisen Er faßt dieselbe als eine Sekretionsneurose der Nieren (Störung der Kalkretention in der Niere) bei konstitutionellen Neuropathen auf, die meist auch andere nervöse Störungen aufweisen. Durch Milieuwechsel und Suggestivverfahren kann die Kalkariurie plötzlich zum Schwinden gebracht werden. (Kleinschmidt, Jahresk. f. ä. Fortb., VI, 1923.)

Die Proteinkörpertherapie — Übersichtsreferat.

Die parenterale Eiweißtherapie nahm ihren Beginn mit den zu Mitte der Neunzigerjahre des vorigen Jahrhunderts angestellten Versuchen von Unna, der bei Lepra durch Einspritzung von Fleischsaft überraschende Resultate erzielte, und in den Mitteilungen von Matthes, daß sich mit Deuteroalbumose die Reaktionen des Tuberkulins hervorrufen lassen. Als nun Pirquet im Jahre 1905 den Nachweis brachte, daß gewöhnliches Pferdeserum bei parenteraler Einführung eigenartige Wirkungen veranlassen könne, entstand eine ganze Reihe von Arbeiten, die sich mit der Wirkung des artfremden Eiweißes beschäftigten. Der große therapeutische Schritt, welchem die Proteinkörpertherapie ihren Ursprung verdankt, wurde von R. Schmidt gemacht, welcher die Milch als parenteral zuzuführenden Eiweißkörper benützte; er erhitzte die Kuhmilch zehn Minuten lang im siedenden Waserbade und spritzte die so keimfrei gemachte Flüssigkeit in Dosen von 5 cm^3 intraglutäal ein; es trat regelmäßig eine erhebliche Temperatursteigerung ein, und es zeigte sich, daß dieses künstliche Fieber bei Hämophilie, Anämie, bei progressiver Paralyse, bei manchen Neoplasmen, bei chronischer Arthritis und bei verschiedenen Infektionsprozessen eine nicht zu unterschätzende Heilwirkung besitzt. J. Löwy zeigte, daß die Wirkung der Milchinjektionen bei Blutungen auf einer Vermehrung des Fibrinogens im Blute beruht. Auffallend günstig waren die Resultate, welche Wagner-Jaueregg bei progressiver Paralyse mit Injektionen von Tuberkulin und mit Typhusvakzine erzielte. S. v. Dziembowski hat das Indikationsgebiet der Milchinjektionen auf septische Infektionen ausgedehnt und bei infizierten, stark eiternden Wunden befriedigende Erfolge erzielt; das Fieber nahm ab, die Eitersekretion verminderte sich, die Wunden reinigten sich und zeigten bessere Heilungstendenz; überraschende Wirkungen sah er nach Osteomyelitis-Operationen, bei Phlegmonen und Lymphangitis, sowie bei septischen Allgemeininfektionen und sogar bei Erysipel; bei tuberkulösen Lymphomen, bei welchen eine mehrwöchige Milchapplikation — alle vier Tage eine Injektion — selbst in langbestehenden Fällen die Heilung herbeiführte, sowie bei Aktinomykose, bei welcher die Heilungsdauer auffallend kurz war. Die von ihm bei Frakturen angestellten Versuche zeigten, daß bei Fällen mit geringer Konsolidationstendenz die Kallusbildung rasch unter der Milchtherapie einsetzte. P. Saxl rühmte die Erfolge der Milchtherapie bei Abdominaltyphus und A. Herz wies nach, daß sich unter ihrem Einflusse die Schutzstoffe im Organismus vermehren; die parenterale Milchtherapie bringt deshalb auch bei Bazillenträgern wünschenswerte Erfolge. H. Adler hat in analoger Weise bei Cholera und bei Dysenterie mit Milchinjektionen gute Resultate

erzielt, und P. Kaznelson mit befriedigendem Erfolge bei Typhus die Milch durch Deuteroalbumose ersetzt.

R. Müller sah gute Resultate bei gonorrhoischer Epydidymitis und Phimosen, bei der durch fusiforme Bazillen veranlaßten Angina und bei Herpes zoster und hob als besonders auffallend das rasche Nachlassen des Entzündungsschmerzes hervor; die von ihm benützte Dosis betrug 8 bis 10 cm³ gekochter Milch intraglutäal. C. Ullmann bekämpfte die gonorrhoischen Komplikationen erfolgreich mit Milchinjektionen und sah bei gonorrhoischem Rheumatismus sogar dort, wo Arthigon und Gonargin versagt hatten, noch gute Resultate. Die gleichen Resultate wie mit Milch erzielte Antoni mit einem fettfreien sterilen Milchpräparate, dem Aolan, dessen fiebererzeugende Kraft nur gering ist. A. Zimmer hat Injektionen von Caseosan sowohl bei gonorrhischer Arthritis wie auch bei rheumatischer und traumatischer Arthritis mit großem Erfolge verwendet; die Behandlung von subakutem Gelenksrheumatismus und von gonorrhoischer Arthritis forderte zumeist nur zwei bis drei Injektionen mit der Dosis von 2 bis 6 cm³. Mit dem Caseosan hat übrigens auch K. Taege bei gonorrhoischer Prostatitis und Arthritis verblüffende Erfolge erzielt; J. Mack sah nach Caseosaninjektionen Heilung mehrerer Fälle von puerperaler Sepsis, und auch Arweiler sah bei puerperaler Sepsis gute Resultate nach Injektionen mit 0.05 Casein in isotonischer Lösung oder in Natriumbicarbonat gelöst. Überraschend sind übrigens die Berichte von R. Schmidt über 52 Fälle von Erysipel, die mit Milchinjektionen behandelt wurden; in 31 Fällen trat schon am ersten Tage nach der Injektion die Entfieberung und die Abschwellung ein, in 12 Fällen am zweiten Tage und in 4 Fällen am dritten Tage. Ebenso bemerkenswert sind die Angaben von Lüdke, der in sieben Fällen von Tetanus durch intravenöse Injektionen von 3 bis 5 cm³ einer 10% Deuteroalbumose — die Injektionen wurden teils täglich, teils jeden zweiten Tag gemacht — vollkommene Heilung erzielte und auch bei Scarlatina und bei Diphtherie sowie bei Dysenterie mit den Injektionen von Deuteroalbumose eine bedeutende Abkürzung der Krankheitsdauer bewirkte.

Ähnlich wie Deuteroalbumose wirkt auch Pepton. Nolf hat 0.03 Pepton pro Kilogramm Körpergewicht in 200 cm³ physiologischer Kochsalzlösung bei Typhus und bei anderen Infektionskrankheiten injiziert und war trotz exzessiver Temperatursteigerung (bis auf 42° C!) mit dem erreichten Resultate sehr zufrieden. K. Schreiner hat die Peptoninjektionen ebenso wie die Milchinjektionen auch bei Lupus, bei Skrophuloderma, bei Lues mit Erfolg verwendet, und in der Tierheilkunde wird neben Aolan und Caseosan auch ein als Ophthalmosan bezeichnetes Milchpräparat mit guten Resultaten benützt; so hatte eine einmalige Injektion von 20 cm³ bei einer Phlegmone eines Pferdes eine ausgezeichnete Wirkung. Interessant ist die günstige Beeinflussung der Maul- und Klauenseuche durch die Milcheiweißtherapie: Dahlenburg beobachtete schon nach der intravenösen Injektion von 5 cm³ Caseosan bei einer kranken Kuh die Heilung; die meist verwendete Dosis beträgt freilich bei Kühen 100 cm³, bei Kälbern, Ziegen und Schafen 25 cm³.

Interessante Beiträge zur Proteinkörpertherapie boten die Versuche von Döllken mit Bakterien- und Milcheiweiß bei verschiedenen Nerven- und Gehirnkrankheiten, besonders bei Tabes, Chorea, Dementia praecox, Neuritis, Apoplexie und Epilepsie; besonders sah er bei Epilepsie Erfolge, die sich in längerem Ausbleiben der Anfälle sowie in Besserung des Gedächtnisses und der geistigen Fähigkeiten darstellten. Die guten Resultate, welche das von ihm propagierte Vaccineurin bei verschiedenen Arten von Neuritis zeigt, beruhen alle auf Proteinkörperwirkung.

Besondere Erfolge hat die Proteinkörpertherapie in der ophthalmologischen Praxis zu verzeichnen. L. Müller erzielte bei hereditärluetischer Keratitis parenchymatosa durch die parenterale Milchinjektion sofortige Behebung der Schmerzen und der Lichtscheu sowie eine bedeutende Abkürzung des Krankheitsverlaufes; ähnlich günstige Resultate zeigten sich bei der Milchtherapie in vielen Fällen von Iritis, von Glaskörpertrübungen und von gonorrhoischer Konjunktivitis. Bei Glaskörpertrübungen erwies sich die parenterale Milchtherapie wirksamer als jede andere Behandlung und bei Augenblenorrhoe genügten meist drei innerhalb einer Woche intraglutäal verabreichte Injektionen von 5 bis 10 cm³ steriler Vollmilch zur Heilung. Friedländer beseitigte schon durch eine einzige Milchinjektion einen hochgradigen Blepharospasmus und sah auch bei Chemosis der Konjunktiva raschen Rückgang.

Über die Wirkungen der Milchinjektionen bei Tuberkulose sind die Anschauungen heute noch geteilt, wenn auch die oft wahrscheinlich auf der Wirkung des Bakterieneiweißes beruhenden Resultate der Behandlung mit dem unspezifischen Tebecin für die Bedeutung der Proteinkörpertherapie sowohl bei chirurgischer wie bei interner Tuberkulose sprechen.

Wichtig ist die von Böttner gewonnene Erkenntnis, daß die Wirkung der Metallkolloide (Collargol, Fulmargin und Dispargen) nicht, wie man annahm, durch die bakterienhemmende Kraft des Metalls veranlaßt werde, sondern daß sie auf die dem kolloidalen Metalle beigegebenen Eiweißschutzkolloide zurückzuführen sei, und aus dieser Erwägung entsprang der Versuch, Eiweißpräparate mit chemischen Körpern zu kombinieren; so entstand die Verbindung des Caseins mit Jodoxychinolinsulfosäure, welche unter dem Namen Yatrencasein in den Handel gelangt und 2½%, bzw. 5% Casein enthält. Bei akuten Entzündungen folgen die Injektionen, welche intramuskulär ausgeführt werden, in Abständen von zwei bis drei Tagen, bei chronischen Entzündungen in Abständen von ein bis zwei Wochen.

Auf der guten Wirkung der parenteralen Eiweißtherapie hat endlich Wiechowski sein Phlogetan, ein Abbauprodukt nukleoproteinhältiger Eiweißkörper aufgebaut. Mit diesem Präparat werden physiologische Vorgänge nachzuahmen versucht, daß manche an bestimmten Stellen des Körpers entstandene Eiweißabbauprodukte im Kreislauf an solche Stellen gelangen, wo sie zwar nicht körperfremd, aber organfremd wirken und die Auslösung von Heilungsvorgängen veranlassen; mit dem Phlogetan werden solche sonst erst intermediär entstehende Stoffe bereits fertig dem Organismus zur Verfügung gestellt, und dadurch wird dem Körper Arbeit erspart. Im Anschlusse daran sei an die Anschauung von Uhlenhuth erinnert, daß auch die Salvarsanwirkung nicht auf einer direkten Keimabtötung im kranken Körper beruht, sondern auf einer indirekten, auf dem Umwege über das gereizte Körpergewebe. So kann ein schwerer Schnupfen durch eine einmalige Phlogetaninjektion von 2 bis 5 cm³ innerhalb von 24 Stunden zum Verschwinden gebracht werden, und auch bei eiteriger Mittelohrentzündung, bei Angina, bei gonorrhoischen Komplikationen, bei Furunkulose, bei Sykosis und bei Grippe sind überraschende Resultate verzeichnet worden; metaluetische Erkrankungen, wie Tabes, Paralyse, Cerebrospinallues, werden ebenfalls in bemerkenswerter Weise, freilich oft erst nach höheren Gesamtdosen, beeinflußt.

Mehr als 100 Fälle von Lungen-, Kehlkopf-, Bauchfell-, Drüsen- und chirurgischer Tbc. behandelten Prof. Sorgo und E. Weidinger (Tbc.-Abt. Prof. Sorgo des Wilhelminenspitales in Wien) mit subkutanen Phlogetaninjektionen an der Außenseite des Oberarms. Man beginnt mit 0.1 bis

0.2 cm³ und dosiert weiter wie beim Tuberkulin je nach der aufgetretenen Reaktion. Die Injektionen sind vorübergehend etwas schmerzhaft und machen lokale Entzündungen (Therapie: kalte Umschläge). Nicht selten ist eine fast unmittelbar auftretende vasomotorische Reaktion in Form einer meist flüchtigen Rötung des Gesichtes, der Brust, des Rückens. Die Temperatur steigt in acht bis zwölf Stunden auf 37.5 bis 39° C und mehr, um meist innerhalb der ersten 24 Stunden kritisch wieder abzufallen. Herdreaktionen (akutes Anschwellen von Lymphomen, vermehrte Fistelsekretion, vorübergehendes Ansteigen von Pleuraexsudat, seltener Knisterrasseln) werden häufig beobachtet, meist wohl übersehen. Da vor Abklingen sämtlicher Reaktionen nicht reinjiziert werden darf, müssen die Intervalle mindestens eine Woche, können aber auch zwei bis drei Wochen betragen, je nach der subjektiven Beeinflussung, der Aktivität des Prozesses u. dgl. Durch zu große Dosen und zu kleine Intervalle könnten namentlich bei Lungentbc. kongestive Zustände dauernd erhalten und gesteigert werden, wodurch der Prozeß in eine exsudative Form umgewandelt werden könnte. Heilerfolge: Vor allem Besserung des subjektiven Befindens, des Appetites, Gewichtszunahmen, Entfieberung, Schwinden der häufigen, nächtlichen Brustschmerzen, der Schluckschmerzen bei Kehlkopftbc., nach vorübergehender Zunahme baldiger Rückgang von Pleuraexsudaten, Lymphomen und dergleichen. Von Lungentbc. reagieren wie auf Tuberkulin am besten die indurativ-fibrösen Formen. Erklärung: Allgemeine Erhöhung der Funktionstätigkeit der Körperzellen, Umstimmung des Organismus. Wichtigste Indikationen: Schmerzzustände bei Lungen- und Larynxtbc., exsudative Pleuritis, Lymphdrüsentbc. (M. Kl. Nr. 35, 1923.)

L. Moll und J. Langer erbrachten den Nachweis der Verwendbarkeit der parenteralen Eiweißtherapie im frühesten Kindesalter; auch der junge Säugling ist imstande, auf die parenterale Eiweißzufuhr zu reagieren; doch sind die nötigen Mengen im Vergleiche zum Erwachsenen relativ groß; von Gelatine mußten mindestens 2 cm³ einer 10%igen Lösung pro Kilogramm Körpergewicht und von Vollmilch 1 cm³ pro Kilogramm Körpergewicht gegeben werden. Der ganze Organismus reagiert manchmal bei der ersten Injektion viel geringer als nach der zweiten und dritten Injektion. Die Proteinkörpertherapie erwies sich sowohl bei Blenorrhoea neonatorum, wie bei Erysipel, bei Pyodermie und bei Rhinitis sowie in manchen Fällen von Ekzem als günstig.

Bei Magen- und Duodenalulkus sind Milchinjektionen und Aolan nach R. Fuchs oft von auffallendem Nutzen für das Gesamtbefinden. (S. Holler, Vakzineurin bei Ulcus ventr., Med. Kl. Nr. 30, 1921, Arch. f. Verdauungskr. Bd. 29, Ref. in „Ars Medici" 1921, S. 393). Auch hier dürften sich nicht zu kleine Intervalle und nicht zu große Dosen empfehlen (etwa 1 bis 2 bis 5 cm³ Milch muskulär alle fünf bis sieben Tage. — Ref.). Die Diät sei reich an Milch, Butter, Rahm. Überraschend schmerzstillend ist oft: Rp. Ol. menth. pip. 2.5, Sacchar. lact. ad 100.0, S. dreimal täglich eine Messerspitze. Dieses Mittel entlastet die Magentätigkeit, ebenso auch das Pankreon (dreimal täglich ein bis zwei Tabletten in Milch verrührt) und beseitigt die häufige spastische Obstipation. (M. Kl. Nr. 35, 1923.)

Die Wirkung der parenteralen Proteinkörpertherapie scheint außer Zweifel zu stehen; vielleicht fällt sie in den Bereich der besonders durch Weichardt und durch Schittenhelm bekanntgewordenen Protoplasma-Aktivierung; es ist aber nicht leicht, bei den so vielfach sich widersprechenden Angaben eine Klarheit zu gewinnen, ob die künstliche Fiebererzeugung einen notwendigen Bestandteil des Erfolges bietet. Die Arbeiten der Wagner-Jaureggschen Schule über die Wirkung

der Malariaimpfung bei Paralyse zeigen, daß die Fiebertherapie ohne Eiweißzufuhr von außerordentlichem Wert sein kann; ob es sich dabei wirklich um eine Fiebertherapie und nicht um eine Mobilisierung gewisser Eiweißkörper, also doch um eine Proteinkörpertherapie, handelt, werden erst spätere Arbeiten entscheiden.

Auffallend ist jedenfalls, daß die bei der parenteralen Eiweißtherapie beobachteten Veränderungen des Blutes nicht eine notwendige Bedingung des Eintrittes des Heilerfolges darstellen. Phlogetan, Aolan oder Yatren erzeugen z. B. eine außerordentlich starke Vermehrung der weißen Blutkörperchen, während sterilisierte Vollmilch nur eine geringe Vermehrung der Leukozyten, dagegen eine starke Reizung des erytropoetischen Systems hervorruft, indem nach dem Versuch von Schreibmüller die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt stark steigen und eine beträchtliche Anzahl kernhaltiger roter Blutkörpern erscheint.

Wir möchten die Auffassung Biers: „die Proteinkörpertherapie ist eine Reiztherapie, die durch die natürlichen Heilmittel: Hyperämie, Entzündung und Fieber wirkt", den einigermaßen vagen Begriffen der allgemeinen Leistungssteigerung und Protoplasmaaktivierung Weichhardts vorziehen.

Prof. R. Schmidt (Prag) stellt neuerdings (Ther. d. Gegenw., H. 9/10, 1923) folgende Indikationen für die Proteinkörpertherapie auf: 1. Chronische Entzündungsprozesse, namentlich Knochen- und Bauchfelltuberkulose, gonorrhoische Arthritis und Epididymitis, torpid-entzündliche Vorgänge am Auge, Ohre, in Gelenken usw. 2. Konstitutionelle Erkrankungen, wie Spätrachitis, Osteomalazie, Bronchialasthma, Hypertension, Fettsucht. Sehr günstig wirken bei dieser Gruppe Kombinationen mit Adrenalin, Thyreoidin u. dgl. 3. Chronisch-torpide Fieberzustände, z. B. nach Angina, Pneumonien usw. 4. Blutungen, z. B. bei Bauchtyphus oder Ulcus duodeni. Verfasser verwendet stets frische Kuhmilch, die durch zehn Minuten langes Kochen im Wasserbade sterilisiert wurde. Mittelstarke Allgemein- und Herdreaktionen sind erwünscht. Man injiziert gewöhnlich 0.5 bis 5 cm³ alle drei bis vier Tage intramuskulär. Bei Tbc., Lues, Leukämie, perniziöser Anämie soll die erste Dosis höchstens 0.5 cm³ betragen. Reinjektion nicht vor Abklingen sämtlicher Reaktionen. Steigerung je nach der Reaktion.

Neurologie und Psychiatrie.

Die endolumbale Salvarsanbehandlung der meningealen Syphilis.

Von Prof. W. Gennerich (Kiel).

Die in der Literatur verzeichneten Mißerfolge sind auf unrichtige Technik oder ungenügende Dosierung zurückzuführen. Dies gilt auch für die Untersuchungen von Rudolf und Bulmer (Kanada). Schon seit 1915 wissen wir, daß es nur dann und leicht gelingt, das Salvarsan hoch oben hinauf in den Lumbalsack bis an die zerebralen Meningen zu bringen, wenn man es in der Bürette ausgiebig mit Liquor (60 bis 90 cm³) mischt. Ein Übertritt des Medikaments durch die Pia ins Rückenmarkparenchym erfolgt nur dann, wenn die Pia durch chronisch-luetische Infiltrationsprozesse aufgelockert ist. Zu den zahlreichen Anhängern der Endolumbaltherapie bei Nervenlues gehört auch der führende Syphilidologe Amerikas Fordyce (New York), der davon namentlich bei der Optikusatrophie Erfolge sah.

Bei der üblichen, wenn auch ausgiebigen Hg-Salvarsantherapie ist in 40% mit dem Zurückbleiben eines pathologischen Liquors zu rechnen, der mit zunehmendem Infektionsalter immer resistenter wird. Je ungenügender die Behandlung, desto häufiger die Meningorezidive. Die Häufigkeit der Metalues kann mit 20% geschätzt werden. Diese Zahlen können nur durch die Endolumbaltherapie bei rechtzeitigem Nachweis des pathologischen Liquors reduziert werden, nicht aber durch die fortgesetzte spezifische Allgemeinbehandlung. Diese wirkt in älteren Fällen nicht selten sogar ungünstig, indem sie durch Reduktion der Allgemeininfektion früher klinische Symptome der nur wenig beeinflußbaren Meningealinfektion auslöst.

Die Endolumbaltherapie muß an geeigneter Stelle technisch genau studiert und darf nur im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Technik, Dosierung und Indikationsstellung ist im Buche von Gennerich, „Die Syphilis des CNS.“, Verlag Springer geschildert. Es werden gewöhnlich in den frischen Stadien 1.35 bis 1.5 mg Neosalvarsan, bei schwerer ataktischer Tabes nur 0.5 mg, mit 60 bis 70 cm³ (bei Frauen 45 bis 60 cm³) Liquor vermischt, alle 14 Tage infundiert. Bei höherem Sitz der Tabes wird die Dosis allmählich gesteigert. Wenigstens ein Drittel des entnommenen Liquors wird nicht mehr reinjiziert, damit im Lumbalkanal ein Unterdruck bleibt. Der Rückfluß muß ohne Überdruck und wie die Entnahme sehr langsam und vorsichtig erfolgen. Nach jeder Behandlung zwei bis drei Tage Bettruhe, die ersten 24 Stunden bei erhöhtem Fußende. Die Bettruhe muß wiederholt werden, wenn beim Aufstehen Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel auftreten. In frischen Fällen sind Reaktionen mit Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit nicht selten, bei Tabes kommt es stets über 24 bis 36 Stunden zu Schmerzanfällen oder Krisen, die durch Analgetika, Eukodal oder Morphium gelindert werden müssen. Neben der endolumbalen soll eine planmäßige Allgemeinbehandlung, am besten mit venösen Natrium-Salvarsan-Injektionen und Jod einhergehen. Auf Hg kann in älteren Fällen mit Anfällen verzichtet werden. Die Erfolge sind bei Metalues auffallend gut und durch Kombination mit der Fiebertherapie noch weiter zu verbessern. Geradezu glänzend zu beeinflussen ist die tabische Optikusatrophie. (M. m. W. Nr. 39, 1923.)

Die Prognose der epidemischen Enzephalitis

ist eine recht ernste. Palitsch berichtet über den Ausgang bei 40 Kranken: Geheilt blieben 20%, mit Symptomen behaftet, aber arbeitsfähig 25%, in der Arbeitsfähigkeit herabgesetzt 17%, völlig arbeitsunfähig 15%. Im Vordergrunde standen die motorischen und psychischen Erscheinungen. Pette berichtet über 120 Fälle, die in das chronische Stadium übergingen. An ihnen fand sich: das Parkinsonsche Syndrom, Persönlichkeitsänderung, Schlafstörungen, Störungen auf dem vegetativfunktionellen Gebiet, Augenstörungen, Motilitätsstörungen. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 140, H. 5/6 und D. Ztschr. f. Nervenh. Bd. 78, H. 1/4, 1923.)

Zur Behandlung bösartiger Hirntumoren.

Kingreen (Chir. Univ.-Klinik, Greifswald) konnte ein Gliosarkom (Rundzellensarkom) der linken Zentralwindung durch Trepanation, teilweise Exstirpation, Ventilbildung und nachfolgende dreimalige Röntgenbestrahlung (in Zwischenräumen von je sechs bis acht Wochen, je 0.5 mm Zn, 90% der HED) so weit zur Heilung bringen, daß der Kranke voll arbeitsfähig wurde. Die bestandene Aphasie und die Lähmungen sowie die Stauungspapille bildeten sich ganz zurück. Es ist also in jedem Falle von

Hirntumor — auch wenn die neurologische Untersuchung auf diffuses Wachstum hinweist — die Trepanation, und zwar am Orte der Not, vorzunehmen und dann erst mit Röntgenstrahlen weiter zu behandeln. (D. m. W. Nr. 37/38, 1923.)

Multiple Sklerose.

Die neueste Literatur ergibt nach einem Sammelreferat von Dozent R. Fetscher (Dresden): Die Erregerrolle der Spirochaeta argentinensis (Kuhn und Steiner) wird immer wahrscheinlicher. Die Eingangspforte des Erregers ist noch unsicher. Eine Übertragung durch stechende Insekten (Zecken) ist nicht ausgeschlossen (Steiner). Landwirte und Holzarbeiter scheinen relativ häufig befallen zu sein (Dreyfuß). Die WaR. ist meist negativ, Kolloidreaktionen positiv bei uncharakteristischer Kurve. Über die bisherigen Behandlungsversuche ist ein abschließendes Urteil unmöglich; am erfolgversprechendsten erscheint die langdauernde Silbersalvarsanbehandlung in kleinen Dosen nach Kalberlah (zehnmal 0.1 bis 0.15, langsam injizieren; nach mehrmonatlichen Pausen jahrelang wiederholen); eventuell gleichzeitig Chinin-Urethan, Fiebertherapie (Typhusvakzine). (M. Kl. Nr. 38, 1923.)

Das Krankheitsbild der Peripachymeningitis

war, wie Prof. Luce (Hamburg) bemerkt, den älteren Ärzten besser bekannt als der jetzigen Generation. Die mit der knöchernen Umrandung des Foramen magnum occipitale fest verwachsene Dura mater spaltet sich hier in zwei Blätter, deren äußeres zum periostalen Überzug der knöchernen Innenfläche des Wirbelkanals und seiner Bänder wird, während das innere Blatt den eigentlichen Duralsack des Rückenmarks bildet. Der zwischen diesen beiden Durablättern gelegene Raum („extraduraler Raum") besteht aus lockerem Fettgewebe und aus den Plexus arteriosis und venosis externis. Es ist begreiflich, daß dieser Raum eine gute Brutstätte zur Ansiedlung und Verbreitung von pathologischen Keimen abgibt. Die Infektion geschieht durch die Blut- und Lymphbahnen oder per continuitatem aus Krankheitsherden in den tiefen Muskellagern des Halses, Nackens, Rückens, Beckens, aus den Saftspalten des peripleuralen und des retroperitonealen Raumes und der Nierenlager. Sind aber erst einmal Eiterkokken, Tuberkelbazillen, Typhusbazillen usw. in diesen Raum eingedrungen, so können sie sich in dem lockeren, gefäßreichen Gewebe durch den ganzen schlauchförmigen Raum ungehemmt verbreiten. Das Symptomenbild der Peripachymeningitis ist von Leyden in klassischer Form beschrieben worden. Es stellen sich Krankheitszeichen ein: 1. von seiten der Wirbelsäule, 2. von seiten der Dura mater und 3. von seiten des Rückenmarks, bzw. dessen Nervenwurzeln. Die Wirbelsäulensymptome sind charakterisiert durch Schulter-, Rücken- und Kreuzschmerzen, besonders aber durch Wirbelsäulesteifigkeit. Bewegungen der Wirbelsäule, namentlich Aufsetzen und Aufstehen, verursachen — wenn sie überhaupt möglich sind — die heftigsten Schmerzen. Schon einfaches Aufheben des Kopfes von der Unterlage erzeugt lebhafteste Schmerzen im Rücken und Kreuz mit Ausstrahlung in die Beine. — Die Dura-mater-Symptome kommen ebenfalls in Rückenschmerzen und Wirbelsäulesteifigkeit zum Ausdruck, besonders aber in Wurzelneuralgien. Sie bestehen in ein- oder doppelseitigen Neuralgien des Plexus brachialis, der Intercostales oder der Plexus lumbosacrales. Verfasser berichtet über einen Kranken, dem in Verkennung der richtigen Diagnose der Hoden wegen dort lokalisierter Schmerzen exstirpiert wurde, während sich dann als Ursache der neuralgischen Hoden-

schmerzen eine Peripachymeningitis herausstellte. Die Wurzelneuralgien sind objektiv nachweisbar in kutanen hyperästhetischen Zonen, welche in ihren Grenzen die Lokalisation der betroffenen Wurzelsegmente widerspiegeln. Rückenmarkssymptome machen sich dann geltend, wenn die peripachymeningitische Infektion oder das Exsudat anfangen, raumbeschränkend zu wirken und nunmehr die bekannte Symptomatologie der kompletten oder inkompletten Kompression der Medulla spinalis in meist sich rasch entwickelnder Zeitfolge hervorrufen.

Zur Differentialdiagnose gegenüber infiltrativen Prozessen (z. B. Tumoren) ist zu bemerken, daß bei der Peripachymeningitis (abgesehen von den Allgemeinerscheinungen, da die Krankheit ja stets nur sekundär hervorgerufen ist nach Kreuzbeindekubitus, Psoasabszeß, Perisplenitis, perinephritischem Abszeß, Angina Ludovici usw.) die Wirbelsäule- und Nervenwurzelreizsymptome im Anfange stets im Vordergrunde stehen und nur eventuell später die Kompression mitspielt, während bei Tumoren die medulläre Kompression von vorneherein die Szene beherrscht. Die Prognose der Peripachymeningitis ist im allgemeinen ungünstig, da ja fast immer der Prozeß die Manifestation einer allgemein septischen Infektion (Pneumo-, Staphylo-, Streptokokken) ist; immerhin wurden Heilungen beobachtet.

Therapeutisch kommt als Operation die Laminektomie in Betracht. Der Zeitpunkt für sie ist gegeben, sobald Kompressionserscheinungen von seiten des Rückenmarks sich geltend machen. Dann ist — besonders bei Nachweis der gefährlicheren Streptokokken — mit der Operation und Entleerung des Eiters nicht zu zögern. Die Stelle für die Laminektomie ergibt sich unter Zuhilfenahme des Röntgenbildes aus der Beobachtung der Lokalisation der radikulären kutanen hyperästhetischen Zonen und aus der Feststellung der von Hyperreflexie betroffenen Segmente. Die Lumbalpunktion ist, wenn auch nur der Verdacht einer Peripachymeningitis vorliegt, begreiflicherweise kontraindiziert.

Verfasser konnte auch bei je einem Falle von Leukämie und Hodgkinscher Erkrankung (Pseudoleukämie) leukämische, bzw. pseudoleukämische Neubildungen im extraduralen Raum beobachten und durch Röntgenbestrahlung und Arsengaben zur Rückbildung bringen. Das Verschwinden dieser Neubildungen bedeutet natürlich in solchen Fällen keineswegs die Heilung des Grundleidens. (D. Ztschr. f. Nervenh. Bd. 78, H. 3/6, 1923.)

Chirurgie.

Die Technik der Bierschen Stauung.

Die Stauungshyperämie nach Prof. Bier leistet, richtig und rechtzeitig angewendet, bei Entzündungen und Eiterungen, wie Phlegmonen, pyämischen und gonorrhoischen Arthritiden, Lymphangitiden, beginnenden Panaritien, Knochen- und Gelenktbc., Mastitis u. dgl. ausgezeichnete Dienste. Nach Borchardt und Ostrowski ist technisch folgendes zu beachten: Eine 6 bis 8 cm breite, möglichst weiche und dünne Gummibinde wird über einer dünnen Mullunterlage oberhalb (zentral) und möglichst fern vom Krankheitsherd unter sanftem Anziehen angelegt, so daß die ersten beiden Touren die eigentliche Stauung besorgen und von den übrigen nur fixiert werden. Im gestauten Gebiet darf kein Vertaubungsgefühl entstehen und muß subjektiv und objektiv erhöhte Wärme zu konstatieren sein. Die Haut soll bläulichrot (mehr rot als blau) aussehen, der

Puls muß deutlich zu fühlen sein. Unter keinen Umständen darf die Binde Schmerzen verursachen, die Schmerzen sollen im Gegenteil abnehmen. In akuten Fällen bleibt die Binde 22 Stunden liegen, es entwickelt sich ein hochgradiges Ödem, die Haut wird heiß und hochrot (nicht blau), die Schmerzen lassen nach; dann wird die Binde für zwei bis vier Stunden entfernt und das Glied hochgelagert, um das Ödem zu vermindern. Verbände sind, wenn möglich, wegzulassen. Bei Besserung wird die Stauzeit immer mehr und mehr reduziert. In chronischen Fällen staut man nur ein bis höchstens drei Stunden täglich. Da die Stauung schmerzstillend wirkt, so können z. B. bei Sehnenscheiden und Gelenkentzündungen schon frühzeitig vorsichtige Bewegungen einsetzen, was für die spätere Funktion sehr wertvoll ist. —

Das Biersche Verfahren wurde durch die rhythmische Stauung nach Thies verbessert. Sie ist bisweilen bei schweren Wund- und Gelenkinfektionen, insbesondere auch beim Gasbrand noch erfolgreich, wo alle anderen Methoden versagen. Die Stauung wird alle 60 bis 90 bis 120 Minuten durch ebensolange Pausen regelmäßig unterbrochen. Zu starke Ödeme werden durch Verlängerung der Pausen vermieden. An Stelle der Binde verwendet man am besten die Hohlmanschette nach Perthes: Aus einer Druckluftflasche strömt Gas in den Hohlring, füllt ihn bis zu einem gewissen Grade und verläßt ihn nach einer bestimmten Zeit. Das Spiel der Füllung und Entleerung wird durch eine Unterbrechungsvorrichtung reguliert. (Die Ther. d. Gegenw., H. 8, 1923.)

Zur Stauung am Hoden zieht Bier beide Hoden stark herunter und legt einen gut unterpolsterten Gummischlauch um die Wurzel des Hodensackes. Der Schlauch wird mit einem Schieber geschlossen und bleibt höchstens zwölf Stunden liegen. Der gesunde Hoden muß mitgestaut werden. Ferner verwendet man Sauggläser nach Klapp, die über die erkrankte Partie gestülpt und evakuiert werden (Mastitis!). Bei Furunkeln hat sich letzteres Verfahren nicht bewährt. (Die Red.)

Die Epicondylitis humeri

ist eine schmerzhafte, ätiologisch noch unklare Erkrankung meist des lateralen Epikondylus, die vorzugsweise bei gewissen Berufen (Schustern, Glasbläsern) und Sportsleuten (Tennisspielern) auftritt. Die Schmerzen treten besonders bei extremer Streckung und Beugung des Ellbogengelenkes auf, strahlen bis in die Finger aus und beeinträchtigen wesentlich die Leistungsfähigkeit des Armes. Objektiv findet man eine geringe Schwellung über dem Epikondylus, röntgenologisch nur manchmal eine unscharfe Kontur desselben oder einen schmalen periostitischen Schatten, gelegentlich auch einen geringen Gelenkerguß. M. S. Schüller bringt nun aus der Küttnerschen Klinik in Breslau einen derartigen Fall, bei dem zum erstenmal als sichere Ursache Tbc. festgestellt wurde. Die Operation ergab schwieliges Gewebe über dem lateralen Epikondylus und in demselben einen erbsengroßen typischen Tbc.-Granulationsherd (histologisch Rundzelleninfiltrat, Tuberkel mit Riesenzellen usw.). Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen, Heilung. (M. Kl. Nr. 36, 1923.)

Furunkelbehandlung.

Thibierge und Legrain empfehlen: Versuch der Kupierung: drei Abende hintereinander bepinseln mit: Tinctur. Jodi 3, Aceton 25. — Mißlingt die Abortivbehandlung, dann früh und abends Verband mit: Collargol 5, Vaselin 20, Lanolin 10; darüber Kataplasmen (oder Thermophor — Ref.). Bei starken Schmerzen vier- bis fünfmal tägliche Anwendung eines

Sprays von: Acidi carbol. liquefact. 5, Glycerini 15, Aqu. dest. 180. — Nach Eröffnung des Furunkels Gazeverband mit folgender Lösung: Zinci sulfur. 0.5, Natrii chlorati 3.0, Aqu. dest. 500.0. S. Früh und abends zu wechseln. (Journ. de méd. de Paris, Nov. 1923.)

Karbunkel — Serumtamponade.

Rieder (II. Chir. Abtlg., Hamburg-Eppendorf) macht bei Karbunkeln einen einfachen Kreuzschnitt, präpariert die nekrotischen Hautränder ohne Eröffnug neuer Blutbahnen vorsichtig ab und legt nun einen Gazestreifen ein, der mit Pferdeserum (3 bis 4 cm^3, verdünnt mit 2 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung) oder mit Diphtherieserum (2000 I. E., verdünnt mit 2 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung) getränkt ist. Der Eingriff ist bedeutend schonender als tiefe Inzisionen, die Behandlung wird abgekürzt und die Nekrosen stoßen sich schneller ab. Das Pferdeserum scheint lokal den Gewebsschutz und die regenerative Komponente zu verstärken. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 177, H. 5/6, 1923.)

Allgemeines zur Behandlung von Knochenbrüchen.

Von Prof. E. Lexer (Freiburg i. Br.).

Dem praktischen Arzt fällt an erster Stelle die vorläufige Versorgung einer frischen Fraktur zu. Dies erfolgt durch einen mit Watte gut gepolsterten Druckverband und über diesem durch Fixation mittels Schienen über die nächsten Gelenke hinaus. Der Druckverband verhindert eine Verschiebung der Bruchenden und einen weiteren Blutaustritt. Denn der Bruch heilt umso schlechter, je mehr Blut in seine Umgebung austritt. Der Verband muß Finger und Zehen freilassen, so daß Kreislaufstörungen (Anämie, Zyanose) und jeder Ausfall von Gefühl oder Beweglichkeit mit zunehmenden Schmerzen an der Bruchstelle sofort zu erkennen sind. Ist ein Röntgenapparat erreichbar, so soll die Einrichtung des Bruches sofort vor dem Röntgenschirm erfolgen. Zum mindesten soll die Einrichtung am nächsten Tage durch eine Röntgenaufnahme im fixierenden Verbande kontrolliert werden. Oft ist zur Reposition Narkose nötig. Nur selten gelingt die Richtigstellung durch einen Zugverband allein. Der zirkuläre Gipsverband ist mit Recht fast völlig verlassen, da er häufig Muskelatrophie und Gelenkversteifung verursacht. Der Verband muß nur Dislokation ausschließen, nicht aber jede geringste Bewegung der Fraktur, da letztere ebenso wie Massage und Gelenkbewegungen für die Resorption und Regeneration an der Bruchstelle nur nützlich sind. Gehverbände dürfen nicht vor 14 Tagen angelegt werden. Ebenso dürfen aktive und passive Gelenkübungen bei Gliedern, die im Zugverbande liegen, nicht vor 14 Tagen beginnen. Bevor nicht die Bruchenden höchstens noch leicht federnd miteinander verwachsen sind, dürfen die fixierenden Verbände nicht entfernt werden. Bei mangelhafter Kallusbildung ist absolute Ruhigstellung, sowie leichtes Beklopfen und Massage der Bruchstelle angezeigt, eventuell auch Injektionen mit Kalziumglyzerinphosphat; funktionelle Belastung führt oft zur Pseudarthrose. (Früher hat man umgekehrt frische Brüche absolut fixiert und bei Kallusschwäche funktionell belastet.) Der beste Zeitpunkt für die Operation eines schlecht heilenden Bruches ist die vierte bis fünfte Woche. (M. m. W. Nr. 31, 1923.)

Die Querschnittsanästhesie bei Operationen an den Extremitäten

ist nach Prof. F. König (Würzburg) eine einfache, noch zu wenig geübte Methode. Zunächst wird gut handbreit über dem Operationsgebiet rings um das Glied eine subkutane Infiltration angelegt. Darauf folgt von zwei

oder vier einander gegenüberliegenden Einstichpunkten aus eine flächenförmige Infiltration der Weichteile bis auf die Knochen. Von Zeit zu Zeit muß durch Ansaugen mit der Spritze versucht werden, ob nicht ein größeres Gefäß angestochen ist. In der Gegend der größeren Nervenstämme wird jeweils ein Depot von 10 bis 20 cm³ Injektionslösung angelegt. Man verwendet ½%ige Novokain-Suprareninlösung, kann für die Nervenstämme aber auch 1%ige Novokainlösung gebrauchen. Die gesamte Infiltration mit 1%iger Novokainlösung durchzuführen, ist gefährlich, weil zu viel Novokain einverleibt würde. Man braucht für den Unterschenkel etwa 150 bis 200 cm³ Lösung (= 0.75 bis 1.0 g Novokain), für den Oberschenkel 200 bis 250 cm³ Lösung (= 1.0 bis 1.25 g Novokain). Die Operation kann sofort nach der Injektion begonnen werden; sicherer aber ist die Anästhesie, wenn man 10 bis 15 Minuten warten kann. Bei allen Operationen von der Hüfte abwärts hat Verfasser mit gutem Erfolge dieses Verfahren angewendet, z. B. bei Knie- und Fußgelenkresektionen, Osteotomien, Genu valgum usw. An den oberen Extremitäten hat man die Wahl zwischen dieser Querschnittsanästhesie und der Leitungsanästhesie am Plexus brachialis. Die Querschnittsanästhesie ist so einfach, daß sie an der Klinik des Verfassers auch von jungen Assistenten und Volontärärzten geübt wird. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 39, 1923.)

Rotlauf — Behandlung mit subkutanen Milchinjektionen.

J. Chalier und R. Desjacques haben sechs Fälle mit dieser Methode behandelt und vier hievon sehr günstig beeinflußt. Die Fieberdauer wurde verkürzt, desgleichen sank die Höhe des Fiebers schon nach der ersten Injektion. Der lokale Herd blieb beschränkt und ging bald zurück. Am zweiten bis dritten Tag war die Rötung schon viel weniger deutlich ausgesprochen. Die gewöhnliche Dosis war 10 g, jeden Tag durch drei Tage. Injektionsstelle: Bauchhaut. Die Milch wurde durch Aufkochen sterilisiert. (Lyon médical vom 25. Mai 1923.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Eklampsie.

Im Kriege war in Hungergebieten die Eklampsie selten. Auch sonst findet man sie wenig dort, wo die vegetabile Ernährung überwiegt, wie bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung und in südlichen Ländern, und auffallend häufig dort, wo viel Fleisch, Eier oder anderes tierisches Eiweiß genossen wird. Die Folgerung ist einfach: Schwangere sollen weniger Fleisch und mehr Vegetabilien essen; solche mit Vorboten der Eklampsie (Kopfschmerzen, Schwindel, Übelsein, Magendrücken, Ödemen, besonders aber Sehstörungen und Flimmern vor den Augen) sollen gar kein Fleisch mehr essen, sondern als tierisches Eiweiß nur Milch zu sich nehmen.

Bis zum Jahre 1910 galt als die therapeutische Hauptaufgabe die rasche Entleerung des Uterus, mit der tatsächlich gute Erfolge erzielt wurden. Prof. Zweifel (Leipzig) fiel es jedoch auf, daß mit zunehmender Verbesserung der Operationstechnik die Resultate dieser Eklampsiebehandlung eigentlich schlechter wurden. Er erklärte sich das so, daß die bessere Technik geringere Blutverluste zur Folge hatte und so die entgiftende Wirkung der Blutentziehung schmälerte. Seit nunmehr 13 Jahren legt Zweifel daher das Hauptgewicht auf einen großen Aderlaß (500 bis 900 cm³) mit nachfolgenden kleinen Gaben von Nar-

kotizis. Wo die Geburt im Gange ist, wird sie natürlich rasch beendet, aber eine gewaltsame Schnittentbindung kommt vorerst nicht in Betracht. Dauern die Anfälle nach dem Aderlaß noch fort, so kann eine zweite kleinere Blutentziehung (etwa 350 cm³), ja unter Umständen selbst eine dritte ausgeführt werden. Erst wo dies alles nichts hilft, Fieber auftritt, blutiger Urin oder gar kein Urin mehr abgeschieden wird, ist zur Schnittentbindung zu greifen. Seit 13 Jahren behandelt Verfasser jetzt alle Eklampsiefälle so mit bestem Erfolge. Die von Engelmann inaugurierte „Therapie der mittleren Linie" („Ars Medici" 1920, S. 497. — 1922, S. 119) hat eigentlich nichts Neues gebracht.

Im einzelnen gestaltet sich also die Behandlung folgendermaßen: Nach dem ersten großen Aderlaß werden schlafmachende Gaben von Narkotizis entsprechend dem Stroganoffschen Schema gegeben. Natürlich kann der Arzt das Schema individualisierend abändern, aber als allgemeine Richtlinie hat es sich bewährt. Es ist auch nicht schwer im Gedächtnis zu behalten: die erste Pause ist eine Stunde, die zweite zwei Stunden, jede nächste um zwei Stunden länger:

Beim Beginn 0.01 Morphium oder Narkophin subkutan;
1 Stunde nach Beginn 2 g Chloralhydrat rektal;
Pause 2 Stunden.
3 Stunden nach Beginn 0.01 Morphium subkutan;
Pause 4 Stunden.
7 Stunden nach Beginn 2 g Chloralhydrat rektal;
Pause 6 Stunden.
13 Stunden nach Beginn 2 g Chloralhydrat rektal;
Pause 8 Stunden.
21 Stunden nach Beginn 2 g Chloralhydrat rektal.

Als Narkotikum wird man bei lebendem Kinde das Morphium vermeiden, weil es Asphyxie machen kann. Es wurde statt dessen Laudanum-Ingelheim (0.02), Narkophin (0.02) oder Amnesin (0.02) empfohlen. Rissmann lobte („Ars Medici" 1917, S. 16) das vollständig opiumfreie Luminalnatrium zu je 2 cm³ einer 20%igen Lösung (fertige Ampullen). Noch besser ist Veramon („Ars Medici" 1921, S. 561).

Man soll die Eklamptische also betäuben, aber auch durch nichts ihr Nervensystem reizen, daher alle schmerzenden Eingriffe, selbst den Aderlaß, in Narkose ausführen. Uterus nicht reiben, Plazenta nicht ausdrücken, Zimmer verdunkeln und Lärm fernhalten! Vorsichtiges Katheterisieren, das zweistündlich nie vergessen werden darf, kann ohne Betäubung erfolgen. Ein Schweißausbruch ist willkommen, soll aber nicht provoziert werden; schon aus pädagogischen Gründen nicht; das Publikum mit seiner Vorliebe für Schwitzbehandlung würde sonst gewiß des Guten zu viel tun, und vieles Schwitzen macht das Blut der Eklamptischen „dickflüssiger" und kann so nur Schaden stiften. Man darf der Bewußtlosen nichts einflößen (Aspirationspneumonie!); aber anderseits ist es falsch, eine Eklamptische stunden-, ja halbe Tage lang ohne Flüssigkeitszufuhr zu lassen. Also muß man subkutan, rektal oder notfalls mit der Magensonde durch die Nase Flüssigkeit einführen. — Man muß die Eklamptische vor Selbstverletzung schützen.

Der Aderlaß ist als Frühbehandlung besonders wirksam. Seitdem Verfasser ihn konsequent sofort anwendet, hat er keine eklamptischen Apoplexien mehr gesehen. Auch prophylaktisch bei den oben erwähnten Vorboten der Eklampsie ist der Aderlaß warm zu empfehlen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 39, 1923.)

Für die Extraktion in Beckenendlage

gibt Prof. E. Sachs (Berlin) folgende Regeln:

Vorbereitungen: Ein geeignetes Operationlager, das ist ein Querbett oder ein fester Tisch, an dessen Rand die Kreißende liegt. Nur, wenn man den geborenen Rumpf des Kindes gut senken kann, ist es möglich, die Arme richtig zu entwickeln. Unbedingt nötig sind zwei Hilfspersonen zum Halten der Frau. Narkose ist meistens nicht notwendig. Ging eine Wendung voraus, die ja nur in Narkose ausgeführt werden darf, so läßt man die Gebärende zur Extraktion besser aufwachen, denn ihr Mitpressen ist eine gute Unterstützung. Nach der Wendung kann man 1 cm³ Pituglandol venös injizieren. — In greifbarer Nähe liege eine große Inzisionsschere, ein steriles Handtuch zum Fassen des mit Vernix caseosa beschmierten Kindes und Nahtmaterial. Schließlich ist alles für die Asphyxiebehandlung vorzubereiten: Tisch zum Ablegen des Kindes, Trachealkatheter, warmes Bad, Lobelin.

1. Man greife stets erst dann ein, wenn eine Indikation (Kontrolle der Herztöne) besteht und alle Vorbedingungen erfüllt sind (gute Wehen, Muttermund erweitert).

2. Nach der Geburt des Nabels lockere man die Nabelschnur, die zwischen Rumpf und Beckenknochen fixiert sein kann.

3. Man ahme in der Richtung des Zuges möglichst den normalen Geburtsmechanismus nach.

4. Man lasse dem Körper nach jeder Extraktionsphase Zeit, sich richtig einzustellen („Aushängen lassen"). Der Rumpf dreht sich bisweilen ganz unerwartet um 135 Grad, mit dem Rücken am mütterlichen Kreuzbein vorbei.

5. Man ziehe nie über ein Gelenk hinweg, das heißt man ziehe nicht mehr am Unterschenkel, wenn das Knie schon geboren ist; nicht mehr am Oberschenkel nach der Geburt des Steißes.

6. Nach der Geburt des Steißes bleiben beide Daumen auf den Gesäßbacken liegen, bis die Schulterblattwinkel erscheinen. Die vier anderen Finger liegen auf dem Oberschenkel, nie auf dem Bauch (Verletzung der Baucheingeweide!).

7. Man vermeide jede Torsion in der Längsrichtung einer Extremität oder der Wirbelsäule (Epiphysenlösung, Wirbelsäulezerreißung).

8. Man vermeide zu starken Zug an der Halswirbelsäule beim Veit-Smellieschen Handgriff.

Ist der Steiß noch beweglich im Becken, so ist es immer besser, einen Fuß herunterzuholen und an ihm zu extrahieren. Muß man aber entbinden und steht der Steiß schon fest im Becken, so bereitet die Extraktion oft Schwierigkeiten. Der in eine Hüfte eingehakte Finger bringt nicht viel Zugkraft auf und ermüdet bald; man kann nachhelfen, indem man mit der anderen Hand über sein Handgelenk hinüberfaßt. Jedes Instrument zum Einhaken in die Hüfte ist sehr gefährlich. Liepmann hat Lampendochtschlingen („Ars Medici" 1922, S. 120) empfohlen. Kann man einmal auch in die zweite Hüfte einhaken, so hat man gewonnenes Spiel. Die beste Unterstützung ist hier jedenfalls die Expression seitens der Mutter und gute Wehen. — Gegenüber der allgemein üblichen Armlösung zieht Verfasser die Deventer-Müllersche Methode vor. Nachdem das Kind bis zu den Schulterblättern geboren ist, höre man nicht mit dem Zuge auf, sondern ziehe den mit den beiden Händen am Thorax gefaßten Körper kräftig (aber ohne Torsion) nach abwärts. Genügt der Zug nach abwärts nicht, so hebe man, stets dabei ziehend, den Rumpf nach aufwärts und

hebele dadurch die hintere Schulter tiefer. Durch Wiederholung des Zuges in beiden Richtungen gelingt es bald, eine Schulter zum Einschneiden zu bringen, worauf die andere leicht nachfolgt. Die Arme fallen dabei spontan heraus (gleichgültig, in welcher Haltung sie lagen) oder lassen sich, im Vulvaring hängend, leicht herauswischen. Man braucht nicht in die Vagina einzugehen (Asepsis) und Verletzungen der Arme sind seltener. Dieser Handgriff gelingt nur bei engem Becken oder übergroßem Kinde nicht. Kommt man übrigens mit dem Deventer-Müllerschen Verfahren nicht weiter, so kann man jederzeit zu der üblichen Armlösung übergehen. — Für die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes konkurrieren der Veit-Smelliesche und der Martin-Wigand-Winckelsche Handgriff. Jener wirkt durch Zug über dem Nacken und gleichzeitigen Zug im Munde und kann durch Druck von außen (durch einen Assistenten) verstärkt werden. Dieser verzichtet auf den Zug am Nacken und ersetzt ihn durch den vom Operateur selbst mit der anderen Hand ausgeführten Druck von außen. Der Veit-Smellie ist nur für schon im Becken stehenden Kopf geeignet. Dagegen in allen Lagen anzuwenden und alle Gefahren vermeidend ist der Martin-Wigand-Winckelsche Handgriff, der nur am Munde lenkt und zieht und von außen drückt. — Die Zange am nachfolgenden Kopf wurde in letzter Zeit fast gar nicht angewendet, wird aber jetzt wieder mehr empfohlen („Ars Medici" 1922, S. 545), aber sie eignet sich nur für schon im Becken stehenden Kopf. (D. m. W. Nr. 39, 1923.)

Zur Therapie des Fluor vaginalis

schreibt Schechner (Brünn): Die antiseptischen Scheidenspülungen haben sich nicht bewährt, da sie die normale, zum Kampfe gegen die pathogenen Keime sehr wertvolle Bakterienflora der Vagina schädigen. Die Trockenbehandlung mit Bolus verursacht wieder häufig Sekretstauungen. Bacillosan ist oft unwirksam, da die Tabletten nach zwei Monaten kaum mehr Milchsäurebakterien enthalten. Sehr wertvoll, aber nur vorübergehend wirksam sind Milchsäurespülungen. Autor läßt daher Tampons herstellen (G. Hell & Comp., Troppau), die kontinuierlich aus einer Gelatinemasse Milchsäure abspalten und durch ihre hydrophile Hülle die Sekrete gut aufsaugen. Die Frauen können sich die Tampons leicht selbst entfernen und einführen. (M. m. W. Nr. 38, 1923.)

Intrauterintamponade — Technik und Indikationen.

Eckstein (Teplitz-Schönau) empfiehlt auf Grund 30jähriger Erfahrung für die Praxis die Intrauterintamponade.

Technik. Blase und Rektum entleeren. Streng aseptische Durchführung. Anhakung der Portio. Einführung einer fünf- bis achtfach gelegten, 3 bis 5 cm breiten, sterilen Jodoform- oder Vioformgaze mittels Tamponstabes nach Asch und vorsichtige Ausstopfung des Uterusfundus nach allen Seiten. Die Einführung der Gaze gelingt leicht, wenn der Zervikalkanal schon für Hegar Nr. 6 durchgängig ist; sonst ist der Zervikalkanal mittels Hegar Nr. 1 bis 6 entsprechend zu erweitern. Bettruhe der Kranken für fünf bis sechs Tage, flüssige Diät. Entfernung des Tampons nach 24 Stunden. Kein Ergotin während der Intrauterintamponade, wohl aber nach Entfernung derselben. Schon ein bis zwei Stunden nach Ausführung der Tamponade beginnen Wehen, welche innerhalb weiterer sechs bis acht Stunden ihr Maximum erreichen und oft zur Ausstoßung des Tampons mitsamt dem ganzen Uterusinhalt führen. Das Nachlassen der Wehen (oft unter leichtem Schüttelfrost) deutet meist den Zeitpunkt an, in dem

der Uteruskanal voll durchgängig ist. Nach Entfernung der Tamponade nach 24 Stunden ist meist Fingerdurchgängigkeit erreicht; in seltenen Fällen ist noch zweite Tamponade oder Hegar-Erweiterung notwendig.

Indikationen. Die Intrauterintamponade wirkt hämostatisch, dilatierend, sekretableitend und desinfizierend. Sie ist daher angezeigt

1. bei starken Uterusblutungen, welche eine rasche Stillung erheischen, gleichgültig, ob die Blutung durch Uteruserkrankung oder retinierte Schwangerschaftsprodukte hervorgerufen wird. Indicatio vitalis;
2. bei Retention von Eiteilen (Status post abortum), wo oft Wochen und Monate lang Blutungen oder Ausfluß bestehen;
3. bei künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft im ersten bis fünften Monate;
4. bei Blutungen infolge Atonie des Uterus post partum;
5. bei Sekretretention post partum und abortum;
6. bei fieberhaftem Abort; an Stelle jedes anderen Eingriffes ist hier die Intrauterintamponade die Therapie der Wahl, wenn eine Retention von Eiresten oder Sekreten nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Die Intrauterintamponade vermeidet die gewaltsamen Eröffnungen der Geburtswege durch Laminaria- und Hegar-Stifte und verhütet die instrumentellen Uterusperforationen.

Kontraindikationen: Entzündliche Erkrankungen der Uterusadnexe und des Beckenperitoneums. Besonders beim fieberhaften Abort ist diese Kontraindikation zu beachten und, wenn die Entzündung schon auf die Adnexe oder gar das Peritoneum übergegangen ist, abwartend vorzugehen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 35, 1923.)

Primäre Endometritis und Metritis — Therapie.

Von E. Runge (Berlin).

In typischen Fällen ergibt die Anamnese starken Ausfluß, Gefühl der Völle und Schwere im Leib, Menses atypisch, alle drei bis dreieinhalb Wochen mit großem Blutverlust und Schmerzen. Die Untersuchung zeigt, daß der Uterus wohl normal liegt, jedoch vergrößert und hart erscheint, die Adnexe sind frei, im Spekulum sieht man reichlich schleimig-eitriges Sekret aus dem Muttermund hervorquellen und diesen von einer Erosion umgeben, die Vaginalwände gerötet und gleichfalls sezernierend (sekundäre Vaginitis). Die Ätiologie dieser häufigen Metropathie ist noch nicht ganz geklärt. (Dysfunktion der Ovarien?).

Adstringierende Scheidenspülungen werden höchstens die Vaginitis vorübergehend bessern. Etwas weiter kommt man mit der gleichzeitigen Tampontherapie: jeden zweiten Tag wird in das hintere Scheidengewölbe eine Wattekugel eingeführt, die mit 10% Jodtinktur- oder Ichthyol-Glyzerin getränkt ist; das Jod oder Ichthyol wirken antibakteriell, das Glyzerin durch seine flüssigkeitsanziehende Kraft abwechselnd. Empfehlenswert ist ferner die Wärmetherapie: zweimal täglich heiße Scheidenspülungen mit je 2 l Wasser von 45 bis 50° C, dem vier Eßlöffel Staßfurter Salz, Kreuznacher Mutterlauge, Lugollösung o. dgl. zugesetzt werden; außerdem zwei- bis dreimal wöchentlich heiße Sitzbäder mit Zusatz von ¼ Pfund Staßfurter Salz, am besten abends vor dem Schlafengehen; Applikation von Thermophoren, Heißlufttunnel über dem Unterleib.

Oft wird man außerdem noch zur Intrauterintherapie greifen müssen, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß die Adnexe frei sind und keine Gonorrhoe vorliegt. Die Portio wird mittels Spekula eingestellt, die Vorderlippe mittels Kugelzange angehakt und vorgezogen, der Muttermund mit Sublimattupfer gereinigt und hierauf eine Playfair-Sonde, deren

Wattenwicklung mit Jodtinktur oder 10% Chlorzink- oder 50% Formalin- oder 10 bis 20% Lapislösung getränkt ist, ins Kavum eingeführt. Bei engem Zervikalkanal benütze man die viel schlankeren und elastischen Fischbeinstäbchen nach Menge. Die Ätzsonde muß bequem passieren, damit das Medikament ins Kavum gelangt und nicht schon am äußeren Muttermund ausgepreßt wird. Notfalls wird der Kanal mittels Metalldilatatoren etwas erweitert. Oft noch wirksamer ist die Ätzung mittels der schlanken, 1 cm^3 fassenden Braunschen Uterusspritze, die aber richtige Technik erfordert, da sonst das Ätzmittel durch die Tuben in die Bauchhöhle gepreßt wird und hier zu peritonitischen Reizsymptomen führt. Bevor man nicht mit dem Kanülenende im Fundus ist, darf auf den Stempel nicht gedrückt werden; erst dann wird vorsichtig injiziert und gleichmäßig die Spritze langsam herausgezogen. So wird ein Überdruck sicher vermieden. Man injiziert am besten 1 cm^3 Jodtinktur alle fünf bis sieben Tage. Gleichzeitig Resorptionstherapie wie oben und Abätzen der Erosionen. Bleiben trotz allem Dysmenorrhoe und Ausfluß bestehen, so muß das gewucherte Endometrium kürettiert werden. Durch die Abrasio des ganzen Endometriums werden mindestens 50% dieser schweren Fälle noch geheilt. Bei auch nur geringer (leicht zu übersehender!) Adnexitis oder Gonorrhoe ist die Kürettage strenge kontraindiziert. Die Portio wird in Narkose angehakt, heruntergeholt, desinfiziert und mit Metalldilatatoren so weit gedehnt, daß eine größere Kürette bequem passiert. Nun ergreift man mit der einen Hand die an die Vorderlippe angehakte Kugelzange, mit der anderen die Kürette (man fühlt so am besten), schiebt dieselbe vorsichtig bis an den Fundus vor, drückt den scharfen Rand an die Uteruswand und zieht ihn bis zum inneren Muttermund herunter. So wird in parallelen Strichen die ganze Höhle ausgeschabt. Eine Marke am Kürettengriff läßt stets erkennen, nach welcher Richtung der scharfe Rand der Kürette liegt. Anschließend Spülung mit essigsaurer Tonerde oder 50% Alkohol und Ätzung mit Jodtinktur mittels der Braunschen Spritze (zwei- bis dreimal auch in der Nachbehandlung). Laminariastifte sind nicht zu empfehlen, da sie nicht absolut steril sind, nach dem Aufquellen oft schwer zu entfernen sind, und den Sekretabfluß behindern und ihre Benützung zwei Sitzungen erfordert.

Für die noch ungeheilten Fälle kommen in Betracht: vier- bis sechswöchentliche Kuren in einem Moor-, Solbad oder einer indifferenten Therme, gleichzeitig Eisen- und Mastkuren, Röntgentherapie, eventuell selbst Totalexstirpation. Zur Zeit der starken menstruellen Blutungen gibt man symptomatisch Sekalepräparate, Styptizin, Styptol usw. In seltenen Fällen scheint die Verordnung von dreimal täglich 30 Tropfen Extr. Hydrast. canadens. fluid. durch drei bis vier Monate sogar heilend zu wirken. Die Erfolge der modernen innersekretorischen Behandlung (Ovarialpräparate Pituitrin, Thyreoidin usw.) sind wechselnd. Symptomatisch wirkt oft glänzend gegen die Blutungen das Einführen einer mit Adrenalin getränkten Playfair-Sonde ins Kavum zur Zeit der Menses. (M. Kl. Nr. 30, 1923.)

„Schwangerschaftsniere“

(dieser Name stammt von Leyden) und „Schwangerschaftsnephrose“ sind keine glücklich gewählten Namen. Dozent Zondek (Univ.-Frauenklinik, Charité, Berlin) schlägt vor, lieber von „Schwangerschaftstoxikose“ zu sprechen. Denn die Nierensymptome sind ungebührlich stark in den Vordergrund gestellt worden. Die Albuminurie, der Hydrops (der gar nicht renal ist), die Hypertonie, die Sehstörungen — all diese Symptome sind Ausdruck der toxischen Schädigung des Gesamtorganismus durch das noch unbekannte Schwangerschaftsgift. Allerdings erschwert dieser Umstand

die Erkennung einer wirklichen Nephritis. Da Ödeme, Albuminurie, Hypertonie und Sehstörung auch bei der reinen Schwangerschaftstoxikose vorkommen können, müssen zur Differentialdiagnose andere Momente herangezogen werden. Die akute Glomerulonephritis ist in der Schwangerschaft recht selten. Wenn eine Infektionskrankheit vorangegangen ist, wenn stärkere Hämaturie und Hypertonie bestehen, wird man an eine Herdnephritis oder an eine akute diffuse Glomerulonephritis denken (vgl. „Ars Medici" 1920, S. 310). Besteht während der Schwangerschaft keine wesentliche Herzhypertrophie, ist der Gefrierpunkt des Blutes nicht erniedrigt, der Reststickstoffgehalt normal, die Konzentrationsfähigkeit der Nieren nicht eingeschränkt, dann kann man Schwangerschaftstoxikose annehmen. Sind aber diese Werte verändert, so hat man eine chronische, schon vor der Schwangerschaft vorhanden gewesene Nierenerkrankung vor sich.

Therapie. Leichte Ödeme am Ende der Gravidität und geringe Albuminurie bedürfen keiner Behandlung. Steigt der Eiweißgehalt über ½‰, lassen Fingereindrücke am Schienbein deutliche Dellen zurück und ist das Gehen dadurch erschwert, so muß man die Frauen behandeln. Die Therapie ist einfach: Bettruhe, Beschränkung der Flüssigkeits- und Kochsalzzufuhr, nur in hartnäckigsten Fällen anhydropische Maßnahmen (Schwitzkuren). Ein Ablassen der Ödeme ist nicht nötig. Sehr wichtig ist die Bettruhe, weil neben der Gefäßalteration beim Gehen wohl noch ein statisches Moment hinzukommt. Prognostisch ungünstig sind die akut einsetzenden und stürmisch sich entwickelnden Fälle; sie neigen zur Eklampsie. Bei solchen akuten Fällen wird man (besonders bei Erstgebärenden) auch an die Unterbrechung der Schwangerschaft denken müssen. Treten Sehstörungen und Veränderungen des Augenhintergrundes hinzu oder steigt der Blutdruck über 180 mm, so ist baldige Unterbrechung anzuraten. (Klin. Wschr. Nr. 41, 1923.)

Uterusmyom — Bestrahlung oder Operation?

Prof. H. Freund (Frankfurt a. M.) gibt auf Grund seiner Erfahrungen an 723 operierten und 275 mit Röntgen bestrahlten Fällen folgende Richtlinien: Namentlich bei zervikalen und intraligamentären Myomen, die zu Druck- und Einklemmungssymptomen führen, ist die Operation vorzuziehen, denn die Röntgenstrahlen bringen wohl den Tumor in 70 bis 80% zum Schrumpfen, doch können sie Rezidive nicht ausschließen. Zu bestrahlen sind nur jene Myome, bei denen Thrombosen in den Gefäßen der unteren Körperhälfte nachweisbar oder anzunehmen sind. Alle submukösen und alle Adeno-Myome sind schon wegen der Möglichkeit der malignen Degeneration prinzipiell zu operieren. Ferner ist Bestrahlung bei Schwangerschaft und im Wochenbett kontraindiziert (Schädigung der Frucht und der Mutter!). Wurde erst während der Bestrahlungskur Gravidität festgestellt, so ist es ratsam, den Abortus einzuleiten. Man wird somit im allgemeinen dem Messer den Vorzug geben, wenn es sich darum handelt, ein Myom zu entfernen, es sei denn, daß das Allgemeinbefinden eine Operation nicht zuläßt.

Ganz anders verhält es sich in unkomplizierten Fällen mit den Myomblutungen, die durch Röntgen sicher und rasch beseitigt werden können. Große Dosen, namentlich in einer Sitzung, sind hiebei völlig entbehrlich; Autor erzielte durchaus befriedigende Resultate mit den sogenannten „verzettelten Dosen" und einem einfachen Apexapparat. Doch muß auch hier operiert werden, wenn hochgradige sekundäre Anämie

rasche Hilfe erfordert (Intensivbestrahlung lebensgefährlich!). Bei Frauen unter 40 Jahren ist auch hier der Operation unbedingt der Vorzug zu geben. (Jahresk. f. ä. Fortb., VII, 1923.)

Yatren venös bei Sepsis post partum und abortum

hat Conrad (Geb.-Abtlg. d. Rud. Virchov-Krankenh., Berlin) bei 40 schwersten Fällen angewendet. Es ergab sich, daß die Erfolge gewiß noch nicht ideale sind, aber immerhin bessere Einwirkung erzielt wurde als mit allen vorher versuchten Methoden. Neben der niemals zu vernachlässigenden symptomatischen Allgemeinbehandlung ist daher immer ein Versuch mit Yatren zu empfehlen. Die angewandte Methodik war: Zunächst 2 cm³ von „Yatren-Kasein-stark" (= 2½% Yatren + 5% Kasein) intravenös jeden zweiten Tag. War die Reaktion zu stark (hohes Fieber und Schüttelfrost ein bis zwei Stunden nach der Injektion), so wurde mit der Dosierung auf 1 cm³ heruntergegangen. Von den meisten Kranken wurden jedoch 2 cm³ ohne stärkere Reaktion vertragen. War inzwischen durch den bakteriologischen Blutbefund festgestellt, ob es sich um eine Staphylokokkämie oder Streptokokkämie handelte, so wurde die Behandlung entsprechend mit Staphylo-Yatren oder Strepto-Yatren (2½ cm³ jeden zweiten Tag venös) fortgesetzt. So wurde die unspezifische Reiztherapie mit spezifischer aktiver Immunisierung des Organismus vereinigt. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 34, 1923.)

Pädiatrie.

Blutbild bei Scharlach und Masern.

Bei schwachem oder dem Arzt gar nicht mehr zu Gesicht gekommenem Exanthem kann die Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Masern recht schwierig sein (vgl. „Ars Medici" 1922, S. 125). Die Koplikschen Flecken sind nicht häufig. Ebenso wird die angeblich für Masern charakteristische Diazoreaktion des Harnes oft vermißt. Dagegen gibt das leukozytäre Blutbild nach Winterfeldt (Med. Klinik, Rostock) gute Anhaltspunkte. Leukozytose spricht für Scharlach und gegen Masern, Lymphozytose für Masern und und gegen Scharlach. Eosinophilie hohen Grades spricht für Scharlach, zumal im Verlaufe der Rekonvaleszenz, während normale Werte an Eosinophilen durchaus nicht gegen Masern sprechen. — Zur Unterscheidung zwischen Masern und Arzneiexanthem kann ebenfalls das Blutbild beitragen. In einem solchen zweifelhaften Falle bewies die bestehende Leukozytose, daß es sich nicht um Masern handelte. (Klin. Wschr. Nr. 43, 1923.)

Fortschritte auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten bei Kindern.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Doz. E. Nobel (Klinik Pirquet, Wien).

Die Pneumonie der Frühgeborenen und lebensschwachen Säuglinge wird häufig verkannt (Lebensschwäche), da Husten, Fieber, Dämpfung, Bronchialatmen meist fehlen. Die Diagnose muß aus den indirekten Merkmalen gestellt werden: Plötzliches Auftreten einer eigentümlichen grauen Hautfarbe, einer Mischung von Blässe und Zyanose, Dyspnoe, keuchende Exspiration, inspiratorische Einziehungen, Appetitmangel, Gewichtssturz, eventuell auch Niessen, Schnupfen, (blutiges) Erbrechen und meningeale Reizsymptome. Die

meisten Kinder mit der Diagnose „Lebensschwäche“ gehen an Pneumonien zugrunde. Als Ursachen kommen vor allem Schnupfeninfektionen auf großen geburtshilflichen Stationen in Betracht. Es wären daher namentlich bei Frühgeborenen Einzelräume oder getrennte Räume für Mutter und Kind zweckmäßig.

Diphtherie. Nach Jochmann und anderen sind in den großen Städten etwa 1% der Bevölkerung Diphtheriebazillenträger. Die Diphtheriemortalität ist seit Entdeckung des Heilserums auf 0.2‰ gesunken. Von prophylaktischen Maßnahmen wurde namentlich von Schiek die aktive Immunisierung ausgebaut. Wenn im Blute Schutzkörper vorhanden sind, also nach Überstehen von Diphtherie oder nach Heilseruminjektion, so erhält man mit Diphtherietoxin keine Hautreaktion; enthält hingegen das Blut keine Schutzkörper, so entsteht auf Diphtherietoxin eine ähnliche Hautreaktion wie auf Tuberkulin (= Schicksche Reaktion). Dank dieser Reaktion ist es nicht mehr nötig, gefährdete Kinder planlos zu isolieren. Reagiert das Kind auf das Toxin, so ist es nicht gefährdet, reagiert es nicht, so soll es immunisiert werden. Die passive Immunisierung (mit Heilserum) ist sofort wirksam, jedoch von kurzer Dauer. Die aktive Immunisierung mit den vollneutralisierten Toxin-Antitoxingemischen (Park) oder dem überneutralisierten Gemisch (Löwenstein) bewirkt nach Kassowitz in 90% nach einer einzigen Injektion eine wahrscheinlich viele Jahre anhaltende Immunität, die aber erst in vier bis acht Wochen einsetzt. Denn aus dem neutralisierten Gemische wird das Toxin allmählich abgespalten, wodurch ein steigender Anreiz zur aktiven Antikörperproduktion zustandekommt.

Das Diphtherieheilserum soll am besten nach dem Körpergewichte des Kindes gegeben werden, und zwar werden bei mittelschweren Fällen 100 AE. pro Kilogramm, bei schweren und septischen Fällen bis zu 500 AE. pro Kilogramm auf einmal intramuskulär injiziert. — Jeder praktische Arzt sollte die Intubation beherrschen, weil die Tracheotomie über dem liegenden Tubus viel leichter, mit größerer Ruhe und geringerer Assistenz durchzuführen ist.

Die Masernprophylaxe nach Degkwitz kommt hauptsächlich für Krankenhäuser und Säuglingsheime in Betracht. Maserngefährdeten Kindern wird bis zum vierten Tag der Inkubation 3½ bis 4 cm³, bis zum sechsten Tag 7 bis 8 cm³ Rekonvaleszentenserum von sicher tbc.- und luesfreien Kindern, die vor sieben bis zehn Tagen Masern überstanden haben, subkutan injiziert.

Diagnostisch wertvoll ist das Auslöschphänomen bei Scharlach nach Schultz-Werner. Der Scharlachausschlag wird durch intrakutane Injektion von 1 cm³ Menschenserum (kein Tierserum) nach fünf bis sechs Stunden in einem Bereiche von Kronen- bis Handtellergröße ausgelöscht.

Von großer Bedeutung für die Praxis sind die Erfahrungen der Kinderklinik (v. Groer) bezüglich der Ernährung bei Dysenterie und anderen Infektionskrankheiten. Sie zeigen, daß man sogar im akuten Stadium trotz der blutigen Diarrhöen durch eine quantitativ reichliche und konzentrierte Kost mit hochwertigen, allerdings vorsichtig gewählten Nahrungsmitteln Gewichtszunahmen und Besserung des Leidens erzielen kann. Insbesondere wirken reichliche Gaben von Rohrzucker keineswegs schädlich, sondern geradezu entgiftend. Bei der toxischen Form der Ruhr (Shiga-Kruse) wirkt Heilserum äußerst günstig.

Bei Tetanus neonatorum ist Sondenfütterung durch die Nase und Tetanusserum intralumbal in Dosen zu 100 AE. angezeigt. Die Lumbalpunktion muß von jedem Praktiker beherrscht werden, da sie sowohl

diagnostisch (Meningitis tbc. usw.) als auch therapeutisch (Meningitis cerebrospinalis, Hydrozephalus usw.) sehr wichtig ist.

Der Kindertyphus verläuft oft anders als beim Erwachsenen, ohne Bradykardie, mit Obstipation statt Diarrhöen, mit atypischem Fieber usw. Die prophylaktische Impfung hat sich bekanntlich bei Typhus ebenso bewährt wie bei Cholera. Hingegen ist vor der therapeutischen Anwendung der Typhusvakzinen zu warnen, da nach der venösen Injektion schwerer Kollaps auftreten kann, der unter dem Bilde des anaphylaktischen Schocks zum Tode führen kann.

Das Auftreten kleiner Pusteln in der Nähe der Impfreaktion bei der Blatternschutzimpfung wird von Pirquet als Paravakzine erklärt, die auf Verunreinigung des Impfstoffes zurückzuführen ist und nichts mit der Blatternimmunität zu tun hat.

Bei der Poliomyelitis anterior acuta soll vor allem Urotropin gegeben werden, das auch im Rückenmarke durch Abspaltung von Formaldehyd desinfizierend wirken kann. Eine gelegentliche, vielfach noch unbekannte Nebenwirkung des Urotropins ist das Auftreten von Hämaturie, die nach Aussetzen des Mittels rasch schwindet. (W. m. W. Nr. 39, 1923.)

Beim Mastdarmvorfall der Kinder

ist nach Prof. H. Kleinschmidt (Hamburg) chirurgisches Vorgehen nur selten indiziert. Der Prolaps ist die Folge einer Innervationsstörung bei einem neuropathischen Kinde und wird durch heftigen Stuhldrang (Dysenterie), hartnäckige Obstipation, krampfartige Hustenstöße (Keuchhusten) oder Mastdarmpolypen ausgelöst, um dann infolge der Sphinkteratonie bei jedem noch so geringen Anlaß zu rezidivieren. Ein altbewährtes Verfahren ist der lokale Heftpflasterverband. Man preßt die Gesäßbacken kräftig aneinander und fixiert sie durch je einen breiten und langen Heftpflasterstreifen oberhalb und unterhalb der Analöffnung. Die Defäkation wird dadurch nicht behindert. Später genügt es, einen einzigen locker gespannten Streifen über das Gesäß zu kleben, der zwar den Prolaps mechanisch nicht mehr verhindert, jedoch durch die Anspannung beim Stuhlentleeren eine ausgiebige Innervation der Muskulatur des Beckenbodens und des Darmes anregt. (Jahresk. f. ä. Fortb., VI, 1923.)

Die Neurodermitis der Kinder

ist nach der Darstellung von Prof. H. Kleinschmidt (Hamburg) ein meist schon im Säuglingsalter auftretendes neurogenes Ekzem, das unter hochgradigem Juckreiz meist streng symmetrisch auftritt und Kniekehlen, Ellenbeugen, ferner Nacken, Streckseite der Hände, Achselfalten bevorzugt, doch auch über dem ganzen Körper auftreten kann. Mit Skrofulose oder exsudativer Diathese hat das Leiden nichts zu tun. Der äußerst heftige, meist scharf lokalisierte Juckreiz kann dem Ausbruch der Hautsymptome vorausgehen. Gleichzeitig bestehen andere neuropathische Symptome und eine hochgradige vasomotorische Blässe. Nicht selten ist ein direkter Zusammenhang mit psychischen Einflüssen zu erkennen (Auftreten des Juckreizes nach Tadel, schlechten Fortschritten in der Schule u. dgl.). Diätetisch ist das Leiden unbeeinflußbar. Äußerlich verordnet man auf nässende Stellen 10%ige essigsaure Tonerde-Salbe, auf trockene 2 bis 5% Lenigallolzinkpaste mit 10% Anästhesinzusatz oder Naphthalanzinkpaste. Am wichtigsten ist jedoch die Psychotherapie: Ausschalten aller nervösen Einflüsse, Milieuwechsel, Ablenken durch vernünftige Beschäftigung, bei der sich das Kind wohl fühlt, Quarzsonnenbäder u. dgl. Das Leiden ist hartnäckig und

schwer beeinflußbar; es kann sich mit Remissionen bis in die Pubertät hinziehen und selbst noch beim Erwachsenen auftreten. (Jahresk. f. ä. Fortb., VI, 1923.)

Zur Verhütung der Rhagaden an den Brustwarzen

rät Prof. Moll, die ersten Anlegeversuche, wenn möglich, an der hängenden Brust vorzunehmen und zur Zeit des Milcheinschusses das Saugen an der prall gespannten Mamma durch vorheriges Abpumpen tunlichst hintanzuhalten. Zur Behandlung frischer Rhagaden empfiehlt er eine abwaschbare Salbengrundlage (z. B. Ebaga) mit 10% Perubalsam und 3% Borsäure. Bei Mazerations- und ekzematösen Erscheinungen erweist sich das Aufpinseln einer Mischung von Zinkoxyd, Talkum, Glyzerin und Wasser zu gleichen Teilen als zweckmäßig. Kritzler empfiehlt therapeutisch-prophylaktisch die sub- und intrakutane Infiltration (Technik „Ars Medici" 1922, S. 356) der Umgebung des Warzenhofes mit ½%iger Chininlösung, etwa 30 cm³ der Lösung für beide Warzen.

Bezüglich der Ernährung der stillenden Mutter weist Gumme besonders auf die Wichtigkeit ausreichender Eiweißzufuhr hin. Wenn die für die Milchproduktion notwendige Vermehrung der Nahrungszufuhr wegen mangelhaften Appetits u. dgl. auf Schwierigkeiten stößt, ist die Verabreichung konzentrierter Nährpräparate angezeigt. (Sammelreferat von Reuss, Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 27, H. 1, 1923.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Die Proteinkörpertherapie bei Gonorrhoe

wurde meist nur bei Komplikationen (Prostatitis, Epididymitis, Adnexitis) angewendet. Evening (Hautklinik, Düsseldorf) empfiehlt sie jedoch auch zur Behandlung der akuten und besonders der chronischen Urethralgonorrhoe. Neben den spezifischen Vakzinen (Gonargin, Arthigon venös) wendet er gleichzeitig mit bestem Erfolge Aolan an (intrakutan 1 cm³, drei Quaddeln). Oder man kombiniert Gonokokkenvakzine mit Dispargen, wodurch die Vakzinewirkung bedeutend verstärkt wird. Auf der gleichen Überlegung fußend, spezifische und unspezifische Therapie miteinander zu verbinden, sind die Präparate „Gonokokkenkasein" und „Gono-Yatren" hergestellt worden. Beide prüfte Verfasser und kann sie warm empfehlen. Natürlich ist neben dieser Therapie die Lokalbehandlung der Urethra nicht zu vernachlässigen. (D. m. W. Nr. 35, 1923.)

Simon (Dermat. Abtlg. Rud. Virchov-Krankenh., Berlin) lobt das Gono-Yatren (Behring-Werke, Marburg) besonders bei Komplikationen der männlichen Gonorrhoe nach Erfahrungen an 100 Fällen, davon 30 mit Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen. Er verwendete das Gono-Yatren B 4 und injizierte davon ansteigend intravenös 0.5 bis 2.5 cm³ oder intramuskulär 2 bis 4 cm³. Gelenkerkrankungen, Hodenentzündungen, Prostatitis usw. heilten viel schneller unter der kombinierten Gono-Yatren- und Lokalbehandlung. Die Wirkung der Gono-Yatren-Injektionen zeigte sich im Blutbild als starke Vermehrung der Lympho- und Monozyten bei Verminderung der neutrophilen polymorphkernigen Leukozyten. (Derm. Wschr. Nr. 32, 1923.)

Die Behandlung der Säuglingssyphilis

zerfällt 1. in die Periode der Frühbehandlung zur Beseitigung der allerschlimmsten Erscheinungen der Infektion und zur Abwendung der

Lebensbedrohung und 2. in die Periode der Weiterbehandlung behufs möglichster Ausrottung der Syphilis und ihrer Erreger.

Die erste Periode der Frühbehandlung bespricht Prof. Engel (Dortmund): In der Regel infiziert der syphilitische Vater die Mutter, und von der Mutter wird auf plazentarem Wege das Kind angesteckt. Jedoch kommt es zuweilen auch erst intra partum zur Infektion, während vor der Geburt das plazentare Filter die Spirochäten noch vom Fötus fernzuhalten vermochte. Für die Infektion erst intra partum spricht der Umstand, daß häufig scheinbar gesund geborene Säuglinge erst in der sechsten bis zehnten Woche Anfangszeichen der Lues zeigen. Die unmittelbare Übertragung der Syphilis durch das väterliche Sperma gilt als höchst unwahrscheinlich.

Es gibt also zwei Typen von Säuglingsfrühlues: Schon plazentar infizierte Kinder, die schwer geschädigt zur Welt kommen, und erst intra partum infizierte, bei denen sich die luetischen Symptome erst etwas später entwickeln. — Die Wassermann-Reaktion muß wohl immer angestellt werden, genügt aber allein nicht zur Aufklärung. Die klinische Beobachtung ist das wichtigste Moment. Denn wenn das Kind schon mit syphilitischen Anzeichen geboren wird, ist auch die WaR. positiv; wird es scheinbar gesund geboren, so ist die WaR. negativ, schlägt aber sofort in eine positive um, sobald sich luetische Symptome zeigen.

Im Vordergrunde der klinischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen der Säuglingssyphilis steht die Leber. Die Wucherung des Bindegewebes (Hepatis interstitialis) erreicht so hohe Grade, daß die Leberzellen wie Inseln im Bindegewebe schwimmen. Klinisch ist die Leber erheblich vergrößert, reicht bis zum Nabel oder noch tiefer und hat derbe Konsistenz. Die Hepatitis zeigt sich gerade oft bei kräftigen Kindern, welche häufig daneben außer der bekannten Milchkaffeefarbe ihrer Haut, Milzschwellung und mäßiger Rhinitis keine anderen Luessymptome aufweisen. Bei anderen Kindern (meist bei schwächlicheren) treten die Hautveränderungen mehr hervor; Papeln im Gesicht um Mund, Nase und an der übrigen Haut; Milzschwellung ist auch hier regelmäßig vorhanden, oft auch Leberschwellung, aber nicht in dem oben beschriebenen hohen Maße. Diese Kinder mit den vorwiegenden Hautsymptomen werden durch die Krankheit und die Behandlung nicht so gefährdet wie die erste Gruppe. Man kann also die Zustandsbilder nach dem Maße der Lebensgefährdung und nach der Wirksamkeit der Behandlung in drei Gruppen reihen (zuerst stehen die meistgefährdeten):

1. Ante partum infizierte mit frühzeitigen syphilitischen Erscheinungen.
2. Intra partum infizierte mit wesentlicher Beteiligung innerer Organe. besonders der Leber.
3. Intra partum infizierte mit wesentlicher Beteiligung des Integumentes.

Therapie. Im ersten Stadium, dem der Lebensgefährdung, soll die Behandlung vorsichtig und individualisierend sein; ist einmal die Lebensgefahr vorüber, dann kann man zur schematischen Behandlung übergehen. Die Säuglingssyphilis reagiert sowohl auf Quecksilber wie auf Salvarsan ausgezeichnet; beide Mittel werden relativ besser vertragen als vom Erwachsenen, man braucht daher in ihrer Dosierung nicht gar zu vorsichtig zu sein. Man könnte ruhig Salvarsan geben, wenn es nicht so schwer venös einzubringen wäre (intramuskulär wirkt es sicher schwach). Ferner spricht gegen Salvarsan in diesem Stadium, daß es einen gefährlichen Zerfall der großen. das ganze Blut durchseuchenden Spirochätenmassen bewirken würde und so schwere Reaktionen auslösen könnte. Des-

halb bevorzugt Verfasser für das Anfangsstadium das Novasurol. Dieses beseitigt schnell die Erscheinungen und wird ausgezeichnet vertragen. Es wird allerdings schnell wieder ausgeschieden, daher sind keine Dauererfolge damit zu erzielen. Aber wir wollen ja in diesem Stadium nur die Lebensgefahr beseitigen, die Dauerheilung ist Sache der späteren Weiterbehandlung. — Die Dosierung braucht — wie erwähnt — beim Säugling keine allzu vorsichtige zu sein. Man gibt als erste muskuläre Injektion 0.25 cm³ Novasurol (das Novasurol ist in Ampullen zu 1 cm³ käuflich) und dann in Abständen von je drei bis vier Tagen weitere Injektionen von je 0.5 cm³ Novasurol. Unter dieser Behandlung verschwinden die syphilitischen Erscheinungen sehr schnell, und nach drei bis vier Wochen pflegt sogar die Wassermann-Reaktion negativ zu sein. Dann schließt man als Nachbehandlung die innerliche Verabreichung von Protojoduretum hydrargyri in der üblichen Tagesdosis von 0.01 g (auf zwei Dosen verteilt) an. Bei Kindern mit schwerer Leberschädigung und schlechtem Allgemeinzustand muß man eventuell noch vorsichtiger vorgehen, z. B. im Anfang nur 0.1 bis 0.2 Novasurol injizieren oder überhaupt mit Protojoduretum oder mit schwachen Einreibungen von Unguentum hydrargyri cinereum beginnen. Im allgemeinen wird man aber meist bald zu der oben skizzierten Behandlung übergehen können. Die syphilitische Infektion bringt dem Säugling zweierlei Gefahren: die Gedeihfähigkeit (Ansatzfähigkeit) ist herabgesetzt und die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen ist vermindert. Mit der Novasurolbehandlung gelingt es meist, die gefährliche Zeit zu überstehen. Haben dann die Kinder ein Alter von fünf bis sieben Monaten erreicht, dann kommt als Zweck der weiteren Behandlung die Vernichtung möglichst aller Spirochäten in Betracht. Hiezu dient das Neosalvarsan, welches auffallend gut vom Säugling vertragen wird. Man gibt als erste Dosis 0.075, dann als Normaldosis stets 0.15 g. Diese Menge wird in 2 cm³ Wasser gelöst und in eine der gewöhnlich in der Schläfengegend deutlich sicht- und fühlbaren Venen eingespritzt. Das gelingt meistens, und wenn einmal etwas vom Neosalvarsan ins Zellgewebe kommt, so wird an dieser Stelle kein Schaden damit gestiftet. In Abständen von je einer Woche werden sechs bis acht Neosalvarsaninjektionen appliziert.

Neben der antiluetischen Behandlung ist natürlich beim so empfindlichen Säugling der Ernährung und Allgemeinbehandlung erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. „Nicht nur die Lues, auch der Säugling muß behandelt werden.“ (Klin. Wschr. Nr. 42, 1923.)

Über allgemeine Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen.

Rolleston und Humphry unterscheiden sofort einsetzende Allgemeinstörungen (Übelkeit, Schwäche, Erbrechen, Schwindel. — „Röntgenkater“, ähnlich der Seekrankheit) von solchen, die erst nach einer Latenzzeit von wenigen bis zu 20 Tagen auftreten. In schweren Fällen können beide Gruppen kurz hintereinander auftreten. Die Symptome der zweiten Gruppe sind in leichten Fällen ähnlich jenen der ersten und erinnern an eine Toxämie; in schweren Fällen kommt es zu unstillbarem Erbrechen, schweren, oft blutigen Durchfällen, Bauchschmerzen, Meteorismus, hohem Fieber, Hinfälligkeit, Herzschwäche, Dyspnoe, Lähmungen und selbst Tod in wenigen Tagen. Röntgenologen leiden manchmal an chronischen Durchfällen, besonders wenn der Bauch nicht entsprechend gegen die Strahlen geschützt wird. (Brit. med. Journ. Nr. 3236, 1923.)

Augenheilkunde.

Chronisches Glaukom — Adrenalin subkonjunktival.

Angesichts der absolut unberechenbaren operativen Therapie des chronischen Glaukoms interessiert folgende Beobachtung des Berliner Augenarztes C. Hamburger: Nach Injektion von ½ cm³ Suprarenin Höchst (unverdünnt) subkonjunktival nahe der Hornhaut, am besten temporal tritt zunächst nach wenigen Minuten eine extreme Mydriasis auf, die einige Stunden anhält; der intraokulare Druck sinkt für mehrere Tage bedeutend ab, und zwar auch auf dem anderen, nicht injizierten Auge. Vorher unwirksam gewesenes Eserin wirkt jetzt prompt.

Erklärung: Dem Glaukom liegt eine Gefäßatonie, eine Erschlaffung des Sympathikus zugrunde. Dadurch füllt sich das uveale Corpus cavernosum übermäßig mit Blut und preßt das Augeninnere ringsum zusammen, so daß der Druck im Auge steigt. Adrenalin bewirkt sofortiges Abschwellen der Uvea durch Tonisierung der sympathischen Vasokonstriktoren. (M. Kl. Nr. 36, 1923.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Atrophische Nasenschleimhäute — Kochsalzinjektionen.

R. v. Scheven (Hamm i. W.) zieht zur Verengerung des Lumens atrophischer Nasen, wodurch bekanntlich die Sekret- und Borkenbildung herabgesetzt wird, den Paraffininjektionen und der operativen Plastik wegen des besseren funktionellen Resultates Injektionen mit steriler 10%-iger Na Cl-Lösung vor. Die Nasenschleimhaut wird gereinigt, kokainisiert, hierauf injiziert man langsam zwei- bis dreimal wöchentlich zirka 2½ cm³ obiger Lösung beiderseits in mehreren Depots besonders vorne in die vorderen Muscheln. Zu Hause täglich ein bis zwei Nasenspülungen. (M. m. W. Nr. 39, 1923.)

Interne Komplikationen nach Tonsillektomie und nach Wurzelspitzenresektion.

Prof. W. Falta und F. Depisch (Wien) beobachteten eine Reihe von Fällen von vermutlich tonsillogener bzw. odontogener Nephritis, Endokarditis, Polyarthritis, Sepsis usw., die unmittelbar im Anschlusse an obige Eingriffe eine akute Verschlimmerung ihres Leidens zeigten, verursacht wahrscheinlich durch Eindringen von infektiösem Material bei der Operation in die Blut- und Lymphwege. Diese Beobachtung würde einerseits den ätiologischen Zusammenhang der genannten chronischen Erkrankungen mit den Eiterhden im Bereiche der Tonsillen und Zahnwurzeln stützen, andererseits aber auch die Indikation und Technik dieser Eingriffe beeinflussen. Diese akute Exazerbation kann, wie ein Fall zeigt, den Pat. aufs äußerste gefährden, oder, wie in einem andern Fall, in einen chronisch-septischen Zustand übergehen, der den Pat. für lange Zeit berufsunfähig macht. Jedenfalls muß mit solchen Komplikationen bei den genannten Leiden nach diesen Eingriffen gerechnet und die Nachbehandlung um so sorgfältiger durchgeführt werden.

Besonders lehrreich ist der Fall bei einem Kollegen, der wegen rezidivierender Tonsillitis mit Pfröpfen tonsillektomiert wurde. Unmittelbar

nach der vorher vorgenommenen Ausquetschung der Tonsillen und ebenso nach der Tonsillektomie traten Gelenkschmerzen besonders in den Knien auf, die vorher nie bestanden hatten, sowie eine trockene Pleuritis mit 38.8 C Fieber und anschließenden monatelang anhaltenden subfebrilen Temperaturen.

Der Laryngologe Schlemmer stellt hiezu zunächst fest, daß interne Komplikationen nach Tonsillektomie nur bei jenen Tonsillen zu befürchten sind, die wahrscheinlich die Ursache jener internen Leiden abgegeben hatten. Eine probatorische Mandelmassage ist bei tonsillogenen Leiden kontraindiziert. Bei der Tonsillektomie ist jedes Quetschen zu vermeiden. Solange die aus der Tonsille abführenden Lymphbahnen nicht durchtrennt sind, soll sie nicht, wie üblich, mit der Krallenpinzette gefaßt und vorgezogen werden. Zuerst wird mit einer zarten einzinkigen Hakenpinzette der Gaumenbogen hart neben und über der Tonsille angefaßt und nun in der gewöhnlichen Weise die Schleimhaut mittels Skalpell oder Raspatorium (Freer) hufeisenförmig oberhalb der Tonsille inzidiert, so daß ihr oberer Pol zur Ansicht gelangt, bevor noch die Tonsille berührt wurde. Ist sie einmal soweit freigelegt, daß von ihrem oberen Pol aus nach abwärts mehr als die Hälfte von der Umgebung losgeschält ist, so kann sie zart und ohne Quetschung vorgezogen und gänzlich enukleiert werden. (W. kl. W. Nr. 33, 1923.)

Die Ruhe als Heilwert in der otorhinologischen Praxis.

Von Dozent F. Kobrak (Ohrenstation des St. Norbert-Krankenh., Berlin-Schöneberg).

Bei akuten Reizzuständen des Vestibularapparates ist allgemeine körperliche und akustische Ruhe ein Haupterfordernis. Selbst eitrige Labyrintherkrankungen können unter Ruhe spontan häufiger ausheilen, als gemeinhin angenommen wird. Oft kann erst größte fachärztliche Erfahrung entscheiden, wann ein Eingriff unbedingt erforderlich ist. Bei der gar nicht selten von vornherein mit Mastoiditis einhergehenden akuten Otitis media ist gegen jede frühzeitige Eröffnung des Warzenfortsatzes Einspruch zu erheben, wenn durch das Trommelfell ausreichender Abfluß besteht und nicht Fieberverlauf und Allgemeinbefinden für eine endokranielle Komplikation sprechen. Die initiale Mastoiditis bedeutet nur eine Mitbeteiligung der Schleimhaut des Warzenfortsatzes an der biologischen Abwehrreaktion, wozu der Organismus vor allem Bettruhe benötigt. Durch die Frühoperation werden die natürlichen Heilvorgänge gestört und die gerade in den ersten Tagen besonders virulenten Erreger in die Lymphbahnen eingeimpft. Das bleibt jedem unvergessen, der im Anschluß an die Frühoperation tödliche Sepsis gesehen hat! Eine beginnende Sinusthrombose ist zunächst möglichst in Ruhe zu lassen, wenn nicht Zeichen für Vereiterung auftreten. Der Thrombus bedeutet die Bildung eines Schutzwalls und einer Tamponade gegen weitere Sinusblutung. Die Sinusthrombose heilt gern, wenn man sie nur in Ruhe läßt.

Auch nach chirurgischen Eingriffen in der Nase, nach physikalischen Heilverfahren, wie Kopflichtbäder, Saugbehandlung bei Nebenhöhleneiterungen u. dgl. ist Ruhe ein wichtiger Heilfaktor. (Ztschr. f. d. ges. phys. Ther., Bd. 27, H. 1—2, 1923.)

Diagnose.

Die Haare bei Krebskranken.

Zöllner (Chir. Univ.-Klinik, Hamburg) bestätigt die Befunde Schriddes (vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 520) nach seinen klinischen Beobachtungen. Unter 200 sicher Krebskranken wiesen 150 die typischen „Krebshaare“ auf, das heißt relativ vollen Haarwuchs bei geringer Neigung zum Ergrauen, vielmehr mit Neigung zum Nachdunkeln der Haare an den dem Licht ausgesetzten Körperstellen. Die Haare an Kopf und Bart fallen also nicht aus, werden selten grau, nie silberweiß, sondern dunkeln eher etwas nach, verlieren aber ihren normalen Haarglanz und sehen eigentümlich matt dunkel aus. Der Befund ist so typisch, daß er zur Diagnose mit verwertet werden kann. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 38, 1923.)

„Narbengeräusche“ bei geheilter Lungentuberkulose.

Nie kann man aus einem einzigen Symptom (Dämpfung, Röntgenschatten, Rasseln) Lungentbc. diagnostizieren. Die Zahl derer, die ohne nennenswerte subjektive Beschwerden völlig leistungsfähig sind und doch objektiv einen Lungenbefund aufweisen, welcher einem Uneingeweihten als schweres Krankheitsbild imponieren würde, ist viel größer, als man gewöhnlich annimmt. Auch Rasselgeräusche, selbst feuchte Rasselgeräusche allein beweisen keine aktiven Lungentuberkuloseherde. Darauf hat schon Alexander hingewiesen, und Siegfried (Potsdam) berichtet über mehrere eigene und zahlreiche in der Literatur beschriebene Fälle, die bis 17 Jahre hindurch Rasselgeräusche ohne Verschlimmerung und bei voller Arbeitsfähigkeit aufwiesen. Die Kenntnis dieser Tatsache ist besonders für Ärzte bei Versorgungsämtern sehr wichtig. Solche Rasselgeräusche kommen in narbig verändertem Lungengewebe durch das Einstreichen der Atemluft und dadurch bedingtes gewaltsames Öffnen und Schließen der Alveolen zustande und sind feucht, wenn sich noch etwas Schleim dort angesiedelt hat. Daher kann man sie als „Narbengeräusche“ bezeichnen. Ein Lungentuberkulöser ist als geheilt anzusehen, „wenn er keine Bazillen auswirft, kein Fieber, keinerlei toxische Erscheinungen hat, in weitestem Maße arbeitsfähig und in jedem Klima lebensfähig ist“. Weist ein solcher Kranker Rasselgeräusche (Narbengeräusche) auf, so ist er von Zeit zu Zeit zu kontrollieren. Tritt keine Verschlimmerung ein, so braucht er keine teure Heilstättenbehandlung. (D. m. W. Nr. 41, 1923.)

Ein einfaches Verfahren zum quantitativen Zuckernachweis im Urin,

das für die Praxis vollständig ausreicht, gibt E. Schill aus der I. Med. Klinik Prof. Bálint in Budapest an. 2 cm^3 Harn werden mit 0.2 cm^3 Nylanders Reagens beschickt und in der Eprouvette über einer Spiritusflamme oder einem Bunsenbrenner unter schwachem Schütteln zum Kochen gebracht. Dann wird die Eprouvette neben der Flamme vertikal gehalten, so daß sie die Flamme kaum berührt und die Flüssigkeit langsam brodelnd, ohne große Blasen zu bilden, weiterkocht (im ganzen zwei bis fünf Minuten). Diese Technik muß genau befolgt werden. Das Kochen darf nur eben wahrnehmbar sein, entstehen große Blasen, so müssen diese durch Entfernen der Eprouvette und Schütteln entfernt werden. Wird die Flüssigkeit im auf- und durchfallendem (künstlichem) Lichte schwarz (undurchsichtig), so entspricht dies einem Zuckergehalt von mindestens 0.2% und ist weiteres Kochen überflüssig. Bei 0.15% wird der Urin im auffallenden Lichte schwarz, im durchfallenden dunkelbraun oder kirschrot; bei

0.1% entsprechend braun bzw. hellbraun; Konzentrationen unter 0.1% ergeben nur einen gelben Farbenton. Erhält man die Farbenreaktion 0.2% oder darüber, so muß die Probe mit durch Wasser 10- bis 20- bis 40fach oder weniger verdünntem Harn wiederholt werden, bis die Farbenreaktion 0.2 schwindet und womöglich jene von 0.15 auftritt, welche Zahl dann mit der Verdünnungszahl multipliziert den Zuckergehalt in Prozenten ergibt. Erhält man schon bei zehnfacher Verdünnung weniger als 0.2, so wird eine fünffache oder geringere Verdünnung gewählt. (M. Kl. Nr. 30, 1923.)

Zwerchfellhernie — Differentialdiagnose.

Doz. Elias und Hitzenberger (Klinik Wenckebach, Wien) bringen folgende Merkmale, die dem Praktiker die Diagnose auch ohne Röntgenapparat häufig ermöglichen und ihn vor der gefährlichen Punktion bewahren.

Die Dämpfungsgrenze verläuft bei der Zwerchfellhernie horizontal, während sie beim Pleuraexsudat seitlich abfällt. Die Dämpfung ist bedeutend geringer, gleichmäßig (beim Exsudat unten intensiver), oben oft tympanitisch (Stäbchen-Plessimeterperkussion!) und nimmt hinten unten beim Vornüberbeugen ab, da hiebei die in den Brustraum eingedrungenen Baucheingeweide nach vorne sinken. Ebenso wird hiebei rückwärts das Atemgeräusch deutlicher und vorne schwächer und vice versa. Beim Exsudat ist das Atemgeräusch rückwärts unten vollständig aufgehoben, auch bei Lagewechsel. Das Herz ist bei der Hernie nach der gesunden, beim Exsudat nach der kranken Seite oder überhaupt nicht verdrängt. Entscheidend ist der Müllersche Versuch (Inspirationsbewegung bei Verschluß von Mund und Nase). Da hiebei der Druck im Thoraxraum sinkt, wird der Bruchinhalt durch den äußeren Luftdruck in den Thoraxraum gepreßt und daher die obere Dämpfungsgrenze kranialwärts verlagert; die kranke Zwerchfellhäifte steigt bedeutend höher empor als die gesunde.

Beim Pneumothorax sind sämtliche, bei der Hernie nur die unteren Interkostalräume erweitert. Die Regio epigastrica ist ausgefüllt, bei der Hernie eingesunken; die untere Lungengrenze steht tief, bei der H. höher. Lagewechsel und Atmung ändern den Perkussionsbefund nicht. Im Inspirium wandert das Mediastinum nach der kranken, bei der H. nach der gesunden Seite. Stimmfremitus und Bronchophonie fehlen.

Der gashaltige subphrenische Abszeß verrät sich schon durch das schwere fieberhafte Krankheitsbild. (W. Arch. f. i. Med. Bd. VI, H. 2, 1923.)

Aus der Praxis.

Klinisches über Magen-Darmgeschwülste.

Von Hofrat Prof. Dr. Norbert **Ortner**, Wien.

Wir sind heute vor die Aufgabe gestellt, im kollegialen Kreise Beobachtungen über die Klinik der Magen-Darmgeschwülste anzustellen. Die bösartigen Geschwülste des Verdauungsschlauches beherrschen derartig das Feld, daß sie für den Praktiker nahezu ausschließlich in Betracht kommen.

Der Magenkrebs stellt sich bekanntlich in seiner Idealgestalt als ein harter, höckeriger, meist nur wenig druckschmerzhafter Tumor im Epigastrium dar, der palpatorisch und respiratorisch verschiebbar oder nicht verschiebbar sein kann und den Mangel an Salzsäure bei hoher

Gesamtazidität, wegen reichlich vorhandener Milchsäure, okkulte anhaltende Blutungen, kaffeesatzartiges Erbrechen, faules Aufstoßen, Widerwillen, namentlich gegen Fleisch, Peristaltik und Steifung des Magens, Abmagerung und Anämie auszeichnen, von dem Röntgenbefund ganz zu schweigen. Aber selbst hier erscheint die Diagnose erst dann gesichert, wenn Ulkustumor, Sarkom, Syphilom, Trichobezoar, Pylorospasmus, umschriebene phlegmonöse Gastritis ausgeschlossen werden können, wobei die Röntgenuntersuchung eine wichtige Rolle spielt.

Der Ulkustumor besteht aus Bindegewebe und meist auch perigastritischem Schwielengewebe und sitzt gewöhnlich im linken Epigastrium. Lange Krankheitsdauer mit den charakteristischen periodischen Ulkusschmerzen und Hyperazidität erleichtern die Diagnose, doch ist Anazidität nicht selten. Wichtig ist auch die weit höhere Druckschmerzhaftigkeit des Ulkustumors, während das Ca. erst dann druckschmerzhaft wird, wenn es die Serosa erreicht hat.

Das Lymphosarkom des Magens bildet meist einen auffallend großen, flächenhaft ausgebreiteten Tumor, der nur selten zu Stenose und okkulten Blutungen führt. Meist handelt es sich um jugendliche, lichtblonde abgemagerte, jedoch nicht kachektische Individuen mit feuchter zarter Haut und Glanzaugen. Den Verdacht auf Magengumma lenken Lues in der Anamnese, mäßiger, harter Milztumor, positiver Wassermann. Rasches Schwinden des Tumors auf spezifische Therapie sichert die Diagnose.

Ein Pylorospasmus kann ununterbrochen tagelang anhalten und dann auch durch Blutbrechen und Blutstühle ein Ca. vortäuschen, doch führen die Glätte und Walzenform des Tumors, die Wirkung von Belladonna und Papaverin bald auf die richtige Diagnose.

Bei chronischer Achylie besteht nicht nur Anazidität, sondern auch im Gegensatz zum Ca. geringe Gesamtazidität, sowie Fehlen auch von Pepsin und Labferment. Konstantes Ansteigen des Salzsäuredefizits bei längerer Beobachtung spricht eher für Ca. Deutliche Salamonsche Reaktion ist gleichfalls für Ca. und gegen Achylie verwertbar. Hingegen sprechen eher für letztere abnorm rasche Magenentleerung und gastrogene Diarrhöen.

Auch bei Peritonealtbc. kann ein epigastrischer Tumor Ca. vortäuschen. Afebriler Verlauf spricht für Ca., subfebriler läßt unentschieden, hochfebriler und Diazoreaktion sprechen für Tbc. Zumeist bestehen Anazidität und schlechte Chymifikation, nicht selten auch okkulte Blutungen infolge tbc. Magen-Darmgeschwüre.

Bei älteren Leuten kann der Magenkrebs sich auch hinter dem Bilde einer Herzdekompensation („chronischen Myokarditis") oder einer Arteriosklerose verbergen und auch umgekehrt.

Schließlich ist auch an perniziöse Anämie (subikterisches Kolorit, initiale Schmerzen an der Zungenspitze, Bläschenbildung in der Mundhöhle, Milztumor, Blutbefund usw.!) und an Harnretention infolge Prostatahypertrophie zu denken.

Von den Darmgeschwülsten ist weitaus am häufigsten das Dickdarmkarzinom. Zur bekannten Anamnese: Stuhlunregelmäßigkeiten bei früher normalem Stuhlgang, Obstipation, manchmal mit Diarrhöen abwechselnd, Tenesmus, Abgang von Schleim und Blut beim Stuhle, Appetitmangel, Abmagerung, später kolikartige Schmerzen in der Gallenblase- oder Appendixgegend usw. ist folgendes zu bemerken: Abmagerung und Dyspepsie können lange Zeit fehlen, namentlich bei den ringförmigen skirrhösen Formen des Flexura-Karzinoms. Hartnäckige Kreuz-

schmerzen sollen immer an einen tiefsitzenden Dickdarmkrebs erinnern. Eine linksseitige Ischias, nicht minder eine linksseitige Varikokele sind nicht seltene Begleitsymptome eines Sigma-, respektive Rektumkarzinoms. Ebenso dysurische Beschwerden bei älteren Menschen, da die Blase durch das in der Nachbarschaft sich entwickelnde Ca. komprimiert und in ihrer Entleerung erschwert werden kann. Gleichzeitig kann eine Zystitis entstehen. Fieber ist bei Karzinomen unterhalb des Zwerchfelles überhaupt nicht selten; meist ist es nicht hohen Charakters, wird aber manchmal von Schüttelfrösten eingeleitet, jedoch im Gegensatze zum septischen Fieber ohne Hochgang des Pulses.

Um einen Dickdarmkrebs palpatorisch nachweisen zu können, muß man wiederholt palpieren, da die Lage des Ca. je nach dem Füllungszustande des Darmes stark wechseln kann. Nicht unerwähnt sei, daß okkulte Melaena, bisweilen nahezu dauernd, bisweilen nur periodisch nachweisbar, ein nur bedingtes Symptom sein kann und bei skirrhösen Formen des Ca. fehlt. Tenesmen findet man auch bei hochsitzenden Dickdarmkrebsen. Auffallend beim tiefsitzenden Sigma- oder hochsitzenden Rektum-Ca. ist häufig die weite, leere Ampulle und das wichtige Röntgenzeichen der Insuffizienz des Sphincter tertius.

Wichtig ist der diskontinuierliche Verlauf des Dickdarm-Ca. Perioden mit starken Schmerzen und Stenosesymptomen, mit Obstipation, Diarrhöen, Blutabgang usw. wechseln mit solchen vollständig normaler Stuhlentleerung ab. Die Stenosenerscheinungen müssen nicht direkt durch das Ca., sondern sie können auch durch eine Douglasmetastase oder eine sogenannte Kruckenbergsche Metastase in meistens beiden Ovarien oder eine Metastase im Mesenterium mit Schrumpfung desselben und Umklammerung des Darmes oder durch Metastasen im Peritoneum und Verwachsungen der Darmschlingen untereinander verursacht sein.

Sehr schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegenüber chronisch-entzündlichen Tumoren der Appendix- oder Sigmagegend (Appendicitis chronica, Tbc., Aktinomykose, Diverculitis, Perisigmoiditis). Ein harter, höckeriger, schmerzloser, festangewachsener Tumor spricht für Tbc. oder Aktinomykose; konstanter Mangel an okkulter Melaena, lokale Herdreaktion, eventuell febrile Temperaturen sprechen für Tbc. Wie merkwürdig sich hier die Situation gestalten kann, mag ein Fall eigener Beobachtung kurz veranschaulichen. Ein zirka 60 Jahre alter Kollege klagt seit mehreren Monaten über zeitweise kolikartige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, Obstipation, manchmal wieder Diarrhöe, Appetitmangel, Abmagerung und wird immer schwächer, kachektisch. Alle Ärzte, darunter auch ich, diagnostizierten ein Ca. der Flexura sigmoïdea, an der wir übereinstimmend eine nicht umschriebene Resistenz zu tasten vermochten Bei der Laparatomie aber fand sich eine chronische adhäsive Perisigmoiditis, ausgehend von einer Narbe, die zu einem alten, längst vernarbten Bubo in der linken Leiste unterhalb des Poupartschen Bandes führte. Doch sei darauf hingewiesen, daß Ca. und Entzündung nebeneinander vorkommen können, daß z. B. am Zökum das Ca. zu einer Perityphlitis acuta führen kann.

Daß ein lokaler Dickdarmspasmus, daß ein Kottumor ein Ca. vortäuschen können, sei kurz erwähnt. Längere Beobachtung, Röntgen, Papaverin, Atropin werden die Sachlage bald klären, doch sei gleich betont, daß auch der sichere Nachweis eines Kolospasmus den gleichzeitigen Bestand eines Dickdarm-Ca. nicht ausschließt. Ich sah eine etwa 30jährige Frau, die seit zirka einem Jahre an den heftigsten, schmerzhaftesten, sowohl klinisch als radiologisch nachweisbaren Spasmen sowohl im Bereiche

der Flexura sigmoidea als auch der Flexura hepatica litt, zeitweise Darmblutungen, sonst aber völlig negativen Organbefund aufwies. Unter unsäglichen Schmerzen trat nach einem halben Jahre der Tod ein und die Obduktion ergab ein Ca. der Flexura sigmoidea, das also Spasmen verursachte, wie sie durch jede Darmwanderkrankung veranlaßt werden können. Ein Kottumor zeigt das Gersunysche Klebesymptom und schwindet meist auf reichlichste künstliche Darmentleerung.

Manchmal können wir ein Dickdarm-Ca. deshalb nicht nachweisen, weil es mit Ascites carcinomatodes überdeckt ist. Um hier doch mit einiger Wahrscheinlichkeit das Richtige zu treffen, scheint mir ein Symptom geeignet zu sein, dessen Existenz ich erst seit kurzem auf Grund einer eigenen Beobachtung kennen lernte. Wir hatten einen Kranken auf der Klinik, bei welchem ein vollständig freibeweglicher Aszites ohne Fieber mit hochgradiger Abmagerung bestand. Nirgends ein Tumor, keine Melaena, kein objektiver Befund, der für Ca. gesprochen hätte. Da fiel mir auf, daß in der Ileozökalgegend trotz des reichlichen, freibeweglichen Aszites konstant ein sonorer Tympanismus existierte. Ich schloß daraus, allerdings mit Reserve, daß das Zökum maximal gebläht sein müsse, also ein Dickdarm-Ca. vorläge oder eine schrumpfende karzinomatöse Mesenteritis. Die Obduktion ergab ein stenosierendes skirrhöses Ca. der Flexura sigmoidea mit maximaler Blähung des Zökums — Über einem solchen maximal geblähten Zökum hört man meist keine Darmgeräusche, findet keine Peristaltik, keine Steifung, weil die Muskulatur des Blinddarms paretisch oder völlig gelähmt ist. So sah ich ein Ca. der Flexura lienalis mit hochgradiger Auftreibung des Colon transversum, über welchem Totenstille bei der Auskultation herrschte. Von diesem war durch eine deutliche quere Furche getrennt, gleichfalls hochgradig gebläht, das Colon ascendens und das Zökum. Letzteres zeigte aber deutliche Peristaltik und Steifung, und zwar selbst zu einer Zeit, wo schon Dünndarmperistaltik auf Schlußunfähigkeit der Valvula Bauhinii hindeutete. Die Obduktion ergab ein Ca. der Flexura lienalis mit Einschnürung zwischen Colon ascendens und transversum durch das große Netz. Hier war also die dem stenosierenden Ca. zunächst gelegene, obwohl muskelstärkere Darmpartie im Kampfe früher erlahmt als das muskelschwächere Zökum.

Noch ein Wort über den Mastdarmkrebs, dessen Diagnose der Praktiker unbedingt beherrschen sollte. Leider ist dieses Gebot vielfach illusorisch. Entweder wird rektal überhaupt nicht untersucht, „weil hiezu kein Grund vorläge", — eine ganz unverzeihliche Unterlassungssünde, oder das palpable Ca. wird nicht erkannt — ein eher entschuldbarer, folgenschwerer Irrtum. Wo über sogenannte Hämorrhoidalbeschwerden, über Stuhldrang, Blut- und Schleim- oder nur Schleimabgang bei der Darmentleerung geklagt wird, da darf unter keiner Bedingung die wiederholte Rektaluntersuchung unterlassen werden.

In dieser Forderung sehe ich ein allgemeines Postulat angedeutet: Der Arzt muß überall orientiert zu Hause sein; und. ist auch das Spezialistentum von vielfachem Vorteil, gerade der Internist darf über demselben die ganze Medizin nicht vernachlässigen oder gar vergessen. Denn nur qui bene diagnoscit, bene curabit.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.

Fragen:*

351. Dreieinhalb Jahre altes Kind, gut genährt, leidet seit etwa einem Jahre an einem Bronchialkatarrh, der von Zeit zu Zeit (alle vier bis sechs Wochen) plötzlich ohne Ursache eine Steigerung erfährt. Und zwar geht diese mit Temperaturen bis 39°, starkem Husten, großer Unruhe, quälender Atemnot und beengter Exspiration einher. Nach 24 bis 48 Stunden schwinden sämtliche Erscheinungen bis auf die Bronchitis. Im Laufe dieses einen Jahres hatte das Kind zweimal einen pruriginösen Ausschlag. Über den Lungen sind nur bronchitische Geräusche zu hören. Herz o. B. Am Halse einige erbsen- bis bohnengroße Drüsen. Milz nicht vergrößert. Hyperplasie der Rachengebilde. Das Krankheitsbild entspricht dem der exsudativen Diathese. Wie wären die Anfälle zu verhüten, bzw. die Bronchitis zum Schwinden zu bringen? Dr. L. S. in S.

352. Welches ist das beste Mittel zur Behandlung eines Fluor albus non gonorrhoicus bei einer vollkommen gesunden verheirateten Frau und daraus resultierendem Ekzem der Labien und Umgebung, begleitet von starkem Jucken? Dr. M. in S.

353. Durch den Druck meiner oberen Zahnprothese wurde meine Gaumenschleimhaut in der Ausdehnung von 1 cm² arrodiert, dann abgeschürft, so daß der Gaumenknochen ganz bloßgelegt ist. Bepinselung mit Jodtinktur und verschiedene Mundwässer brachten den bloßliegenden Knochen nicht zur Überhäutung. Wie könnte das erreicht werden? Kann ich die Prothese weiter tragen? Ohne sie bin ich in der Ernährung sehr behindert. Dr. F. K. in K.

354. Prof. Porges und Adlersberg (Klinik Wenckebach) empfehlen bei Tetanie Ammonium phosphoricum („Ars Medici" 1928, S. 460) und meinen, daß auch durch kohlehydratfreie Kost die Tetaniesymptome beseitigt werden können. Nun wird aber an allen Kinderkliniken gelehrt, daß bei spasmophiler Diathese (Tetanie, Laryngospasmus, Eklampsie) gar keine oder nur wenig Milch zu geben wäre und hauptsächlich eine Kohlehydratdiät (Mehlabkochung) zu verabfolgen sei. Wie stimmt das überein? Dr. M. T. in P.

355. Vor dem Kriege hatte ich eine Zeitschrift „Hyg" (Hyg-Verlag, München 2, SW). Auf eine dorthin gerichtete Anfrage erhielt ich die Nachricht „verzogen". Weiß Jemand die Adresse oder gibt es ein anderes ähnliches Blatt? Dr. P. in S.

356. Wer hat Erfahrungen über die „Bede-Kur"? Haben diese Präparate wirklich eine spezifische Wirkung? Dr. J. A. in C.

357. Bei meiner Patientin (27 Jahre alt, im siebenten Monat der ersten Schwangerschaft stehend) besteht seit vier Monaten eine hartnäckige „Coryza nervosa" ohne anatomischen Befund (durch spezialistische Untersuchung festgestellt) mit Anfällen von Niesen, Tränenträufeln und Ausscheidung eines reichlichen wässerigen Sekretes. Bisherige Therapie, (Pinselungen und Einstauben von Adstringentien, per os

---

*** Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Platzmangel können nur jene Anfragen gedruckt werden, die ein besonderes allgemeines Interesse beanspruchen. Den übrigen ist Rückporto zwecks schriftlicher Beantwortung beizulegen. Die Redaktion.**

Calc. lact.) ohne Erfolg. Bei einem Wechsel des Aufenthaltsortes (Reise zu den Eltern) war durch fünf Wochen Besserung eingetreten; nach Rückkehr traten dieselben Erscheinungen von neuem auf. Therapie? Prognose?
Dr. S. in G.

358. Mein vollkommen gesundes, sieben Monate altes Kind, das an der Ammenbrust ist, möchte ich entwöhnen. Ein Versuch mit Griesbrei führte zu einer Gastritis, die einen Tag anhielt. Nach zehn Tagen versuchte ich reine Milch, die aber wiederum zu Magenverstimmung führte. Wie ist hier die Ablaktation vorzunehmen? Dr. E. I. in F.

359. Mein vierjähriges Kind leidet seit zwei Jahren an chronischer Nephrose mit starken Ödemen und Aszites. Die Diurese nimmt nach 30 bis 40 g Urea zu, Ödeme werden geringer. Aszites, durch Urea unbeeinflußbar, wurde schon dreimal punktiert (bis 2 l). Nach der letzten Punktion habe ich täglich einen Tropfen Tinctura Jodi gegeben; danach + Lichtbügel steigt der Aszites nicht so stark an. Das Kind ist nach dem Vorschlage von Mendel (Essen) mit Urea behandelt worden, was zum ersten Male Diurese bewirkte; sobald aber Urea fortgelassen wird, steigen Aszites und Ödeme wieder an. Wie läßt sich Aszites bei chronischer Nephrose im Kindesalter beeinflussen? Allgemeinbefinden zufriedenstellend; Herz gut; kein Druckpuls. Spezifisches Harngewicht nach Urea von 1035 auf 1008 gesunken. Flüssigkeitszufuhr 500 cm³, wenn Urea gegeben wird. Eiweißmenge auf Urea auf 1/5‰ gesunken. Dr. H. in R.

360. Was kann gegen Muskelkrämpfe der unteren Extremitäten angewendet werden? Die Krämpfe entstehen hauptsächlich nachts im Bette, besonders in der Wadenmuskulatur, am Fußrücken und besonders schmerzhaft im Quadrizeps am Oberschenkel. Dr. F. K. in N.

361. Kriegsinvalider leidet seit fünf Jahren an Tbc. pulmonum. Seit fünf Monaten Heiserkeit, keine Schmerzen beim Schlucken, aber nachts öfters starke Anfälle von Atemnot und Krämpfen in der Kehlkopfgegend. Spezialistische Untersuchung ergibt Lues-Ulzerationen der Stimmbänder. WaR. positiv. Salvarsankur. Keine Besserung. Immer noch stellen sich, besonders nachts, Krämpfe ein, die Patient wegen der Atemnot als furchtbar bezeichnet. Handelt es sich um Lues oder um Tbc. laryngis? Wie bekämpft man die Anfälle? Atropin hatte fast keine Wirkung.
Dr. J. K. in S.

362. Bitte um Angabe der genauen Technik der Meinicke-Reaktion bei Lues. Dr. P. S. in U.

363. Wie wird ein Backenzahn extrahiert, dessen Krone vollständig fehlt, so daß er mit einer Zahnzange nicht mehr gefaßt werden kann? Dr. S. M. in F.

364. Gibt es allgemeine Richtlinien für die Befreiung vom Turnunterricht? Literatur? Ist ein Schüler wegen chronischer Otitis media zu befreien? Dr. A. L. in S.

365. Kann man auf einfache Weise die Quantität des Zuckers im Harn ermitteln, das heißt bestimmen, ob in einer bestimmten Menge Harn der Zucker mehr oder weniger geworden ist. Dr. R. G. in Z.

366. Wer kann Näheres über das neue Mittel gegen Arteriosklerose und gegen das Altern von Prof. Mladejovsky (an einer tschechischen Universität) berichten? Es soll aus Kieselsäure und einem Extrakt aus der Pflanze Sonnentau bestehen und wunderbare Wirkung haben. Wo wäre es hier in der Schweiz zu beziehen? Dr. S. in C.

367. Ich wurde vor zehn Monaten nachts zu einem 60jährigen Mann gerufen. Er hatte plötzlich aufgeschrien (das tat er auch sonst hie und da wegen Alpdrücken), verlor das Bewußtsein und zeigte beinahe ununter-

brochene Jaktationen in den Beinen und Armen; angeblich auch im Rumpf, bevor ich kam. Nach etwa einer Stunde hörten die Anfälle plötzlich auf; Patient wird ganz klar, nur besteht Amnesie für den Anfall. Während des Anfalles waren die Augen offen, Pupillen mittelweit, starr. — Vor 14 Tagen wieder nachts ein kleiner Anfall in der Dauer von etwa 20 Minuten: wieder Aufschreien, Bewußtlosigkeit, Augen geschlossen, keine Krämpfe, nur zwei Zungenbisse mit geringer Blutung. Auf Anruf dieses Mal Erwachen, Patient ist sogleich klar, aber für den Anfall besteht Amnesie. — Vor zehn Monaten ließ ich den großen Alkoholgenuß ganz aussetzen, worauf der Blutdruck in vier Monaten von 160 auf 135 zurückging. Eine Zigarre und vier Zigaretten täglich erlaubte ich. Jod vertrug der Kranke nicht, bekam Akne und Furunkel. Patient war stets gesund, drei gesunde erwachsene Kinder, Frau keinen Abortus. Lues vor etwa 42 Jahren, vollständig ausgeheilt. Vater des Kranken soll durch 15 Jahre ähnliche Anfälle durchgemacht haben. Prof. Pick hielt das Leiden für punktförmige Hämorrhagien. Diagnose? Therapie? Dr. A. B. in C.

368. Wie verhält sich die Wissenschaft zu der Frage des „Versehens"? Da in den gebräuchlichen Lehrbüchern darüber nichts zu finden ist, bitte ich um Literaturangabe. Dr. B. K. in W.

369. 60jährige Patientin hat folgende eigenartige Erscheinung: Nach Aufregungen, an denen es ja bei uns in der jammervollen Zeit der Entbehrung nicht fehlt, schwellen bei ihr beide Wangen, seltener die Hände an und diese angeschwollenen Teile sind druckempfindlich. Patientin ist ziemlich fett und leidet an chronischer Myokarditis. Hängt die Anschwellung mit der Myokarditis zusammen? Ödem ist es nicht, da sich die Schwellung nicht teigig anfühlt. Dr. O. E. in H.

370. Patientin, 24 Jahre alt, graziler Körperbau, leidet seit sieben Wochen an Thrombose der Vena cruralis nach Bauchtyphus. Mäßige Schwellung des Oberschenkels, geringe Schwellung des Unterschenkels. In der Gegend der Vena femoralis fühlt man einen harten, daumendicken Strang, dortselbst besteht die größte Schmerzhaftigkeit sowie ausstrahlende Schmerzen in den Unterschenkel. Geringe Schmerzhaftigkeit in der unteren Bauchseite derselben Seite. die bei Druck sich steigert, sowie ausstrahlende Schmerzen in das zweite Bein. Dieses ist jedoch unverändert. (Thrombose Venae hypogastr.?). Haut an dem geschwollenen Bein unverändert. Geringe Lungenspitzendämpfung einerseits, dortselbst abgeschwächtes Atmen. Herzgrenzen normal. Pulsbeschleunigung bis 110 in der Minute. Patientin die ganze Zeit nach dem Typhus fieberlos gewesen, sonst das ganze Krankheitsbild bis nun fast unverändert. Bisherige Therapie: Bettruhe, Hochlagerung des kranken Beines, Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Sorge für Stuhl. Wie wäre der Fall weiter zu behandeln? Wären jetzt schon passive Bewegungen und Massage des kranken Beines mit Ausschluß der Innenseite des Oberschenkels zwecks Anregung der Blutzirkulation angezeigt? Wann darf die Patientin das Bett verlassen? Dr. W. in O.

371. 20jähriges normal entwickeltes Mädchen leidet seit zehn Jahren an Gesichtsödem. Haut sonst normal; das Ödem auf beiden Gesichtshälften rings um die Augen und auf den Nasenrücken gleichmäßig verbreitet. Leichtes Ödem auch an der Tibia konstatierbar. Urinbefund negativ. Nervös, Palpitatio cordis, an der Herzspitze rauhe Töne. Sonst negativer Befund. Mutter an Lungentbc. gestorben. Im Jahre 1913 soll sie Konjunktivitis und Keratitis gehabt haben. Im Jahre 1914 am Halse am linken Kieferwinkel eine Lymphdrüse, welche an der Vorderseite des

Halses vereitert aufgemacht wurde und prompt heilte. Thyreoid- und Thymusdrüsen zeigen keine Vergrößerung. Menstruation regelmäßig und normal. Diagnose? Therapie? **Dr. S. D. in J.**

Antworten:

Ad 45. Parenterale Reizkörpertherapie mit Ameisensäureinjektionen. Auf vielfache Anfragen deutscher und ausländischer Kollegen teile ich an dieser Stelle mit, daß ich jetzt Ampullen mit meiner Ameisensäurelösung von der Apotheke „zum goldenen Adler", Berlin S., Alexandrinenstraße 41, herstellen lasse. Es gibt bereits im Handel mehrere Sorten Ameisensäureampullen. Es ist aber den Eingeweihten bekannt, daß die Ameisensäure allein nicht genügt. Der Erfinder dieser Therapie, Dr. Krull, hat seine Mischung nie ganz bekannt gegeben. Ich glaube nun durch klinische Beobachtungen den fehlenden Stoff („Katalysator") gefunden zu haben und stelle das Mittel den Kollegen zur Verfügung. Vorläufig veröffentliche ich mein Verfahren auch nicht, weil sonst zahlreiche Fabriken das Mittel herstellen würden, was der Einheitlichkeit und Wirksamkeit nur Abbruch tun würde. Wer diese Therapie mit Erfolg treiben will, muß zunächst praktisch die Gesetze der „Schwellenreiztherapie" beherrschen (die Aufsätze von Zimmer im Original nachlesen). Ich lasse vier Serien herstellen: A enthält die Verdünnung 1:1000, B 1:10.000, C 1:50.000, D 1:100.000. Die sehr homöopathischen Kollegen, die noch höhere Verdünnungen wünschen, können sich diese leicht mit Aqua destillata herstellen. Ein Karton mit sechs Ampullen einer Serie kostet für Deutschland drei Goldmark, für Österreich viereinhalb Goldmark, für das übrige Ausland sechs Goldmark. Außerdem sind noch Sammelpackungen mit je drei Ampullen von jeder Serie zu haben; Preis einer Sammelpackung doppelt so viel als für einen Karton. Demnächst erscheint von mir eine Broschüre über diese Therapie, auf welche ich Vorausbestellungen entgegennehme.

Dr. O. **Tigges,** Berlin-Baumschulenweg.

Ad 222. Ein Buch über die neuesten Arzneimittel ist: C. Arends „Neue Arzneimittel und Spezialitäten", Verlag J. Springer, Berlin 1922. Grundpreis Mark 66.—. **Med.-literarische Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 236. Die sogenannte Magnettherapie sollte von ärztlicher Seite nicht ohneweiters stolz ignoriert werden. Es gibt tatsächlich, wie Geheimrat Sommer, Vorsteher der psychiatr. Klinik in Gießen, nachgewiesen hat, Menschen, welche (anders als die meisten) eine meßbare elektrische Eigenladung besitzen und demnach wohl imstande sein könnten, therapeutische Wirkungen auszuüben. Eine mir persönlich gut bekannte Dame wurde neulich von S. nach seiner Methode am Ampèremeter geprüft, wobei sich eine eigene meßbare Stromkraft von über 5 MA ergab. Wie ich selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, kann diese Dame eine gewöhnliche elektrische Beleuchtungsbirne durch einfaches Reiben auf ihrer Haut in wenigen Sekunden zum Glühen und Aufleuchten bringen. Eine von ihr gebrauchte Stickschere wurde ohne anderweitige Beeinflussung magnetisch. Diese Dame hat nun verschiedentlich durch Streichungen Kuren bei Schlaflosigkeit usw. unter ärztlicher Beobachtung mit Erfolg durchgeführt; auch ein keuchhustenkrankes Kind, bei welchem man doch keine Suggestion annehmen kann, wurde günstig beeinflußt.

Dr. A. **Philippi,** Bad Salzschlirf.

Ad 241. Über Abhärtung im allgemeinen vergleiche Hauffe „Was ist Abhärtung? Auf welchem Wege und mit welchen Mitteln wird sie erreicht?", Ztschr. f. ä. Fortbildung, 1923, Nr. 20.

Med.-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 253. Über Apparate für Schwerhörige: Fassl „Zur Frage der Hörverbesserung durch Apparate", Klin. Wschr. 1923, Nr. 40, mit Literaturangabe. **Med.-literarische Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 274. Leitungsanästhesie bei Zahnextraktionen. Ein interessanter Artikel über „Leitungsanästhesie des Nervus mandibularis mittels Kälte (Chloräthyl)" von Dr. Neumann-Kneucker erschien in der Med. Klinik 1912, Nr. 17. Die Methode ist allerdings nur bei kurzdauernden Eingriffen anwendbar und nur, wo keine Kieferklemme besteht. **Die Red.**

Ad 306. Randolf ist nichts anderes als Messing. Kronen und Brücken daraus haben sich nicht bewährt, sondern haben sich geradezu als gesundheitsschädlich erwiesen. Ihre Anwendung sollte überhaupt nicht mehr vorkommen. Dr. A. **Allerhand,** Lemberg.

Ad 306. Randolf-Metall eignet sich zu kleineren Brücken und einzelnen Kronen und Stiftzähnen nicht schlecht. In vielen Fällen trägt sich dieses Metall sehr schön, doch definitiv farbbeständig ist es nicht. Randolf-Lot ist schlecht; ich löte die unedlen Metalle stets mit 14karatigem Goldlot. Besonders empfehle ich gezogene Kronen aus Randolf-Metall für Bikuspidaten. Dr. J. **Keller,** Nürnberg.

Ad 306. Literatur über Randolf-Metall. Feistkorn „Goldersatz", D. Monatsschr. f. Zahnhk. 1921, H. 19. — Schönbeck „Über die Bewertung der Legierungen als Prothesenmaterial in der Zahnheilkunde", Ebenda 1921, H. 11. — Schoor „Die Fehlerquellen beim Metalleinlageverfahren unter besonderer Berücksichtigung des Gusses mit Randolf-Metall und dessen Verhalten im Munde", Ebenda 1923, H. 6. — Letzterer Autor kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß das Randolf-Metall kein vollwertiger Goldersatz ist und die chemische Widerstandsfähigkeit des Goldes bei weitem nicht erreicht.
Med.-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 312. Sterilisierung der Gummihandschuhe. Auf Grund neunjähriger Erfahrung empfehle ich wärmstens folgendes Verfahren: Man zieht vollständig heile unsterilisierte Gummihandschuhe an, wäscht die behandschuhten Hände mit grüner Seife und Wasser ein paarmal ab und bestreicht dann sorgfältig die Handschuhe mit folgender Lösung, die reichlich auf einige Tupfer gegossen wird: Rp: Jodi puri 2.0, Spiritus vini (70%) 200.0. — Bei dieser Methode habe ich selbst bei Laparatomien kein Fieber und keine Infektion gesehen, und die Handschuhe halten auch sehr lange.
Dr. W. **Lutzmoer,** Werro in Estland.

Ad 319. Der Syrupus eriodyctii wurde von mir in einem Referat der M. m. W. erwähnt (irrtümlich stand dort als Autor der Name Veltoni). Der Syrup hat aber auf den Verlauf der Pertussis, besonders des wegen seiner Komplikationen in den ersten Lebensjahren so überaus malignen Stadium convulsivum, gar keine therapeutische Wirkung. Ich wollte damals nur erinnern, daß dieser Syrup das einzige, mit Unrecht in Vergessenheit geratene, halbwegs wirksame Korrigens für die Chinindarreichung bei Kindern ist. Die Chininwirkung bei Pertussis, besonders bezüglich Abkürzung des konvulsiven Stadiums, ist für mich wie für die meisten Pädiater über jeden Zweifel erhaben. Die nicht so bitteren Ersatzpräparate sind weniger wirksam und teuer. Ich verschreibe gewöhnlich 1 g Chinin auf 30 bis 35 g Syrup. eriodyctii Californensis und dosiere in der für Kinder üblichen Chinindosierung. — In jener Arbeit erwähnte ich auch die in Frankreich empfohlene Ätherbehandlung, welche (allerdings nicht immer) ein überraschendes Nachlassen der Anzahl und der Heftigkeit der Anfälle bewirkt. Prof. Klotz lehnte diese Ätherinjektionen wegen der Gefahr der Nekrose und als aus Frankreich stammend kurz ab. Nun, was die Nekrose anlangt,

kann ich versichern, daß Nekrosen so gut wie niemals vorkommen, wenn man reinen Äther pro narcosi mit dicker Nadel in die Glutael einspritzt. Passiert es aber doch einmal, daß man etwas hypodermatisch injiziert, so ist der Schaden einer solchen Nekrose belanglos. Die ganze Einspritzung dauert einige Sekunden, ein brennender Schmerz, ein kurzes Weinen, und damit ist alles erledigt. Was den zweiten Punkt betrifft, so kann wohl der französische Ursprung des Verfahrens kein Grund zu seiner Ablehnung sein. (Wir haben die Ätherinjektionen bei Pertussis wiederholt empfohlen. Siehe „Ars Medici" 1923, S. 130 und S. 368). — Die Red.).

Dr. V. **Pavia**, Triest-Meran.

Ad 322. Ischiasartige Schmerzen. Die übermannenden Schmerzen in beiden Beinen, welche schon zwei Monate anhalten und Progression zeigen, sprechen für einen Knochenprozeß an den unteren Brustwirbeln oder oberen Lendenwirbeln. Da zugleich Fieber vorhanden ist, so ist der Knochenprozeß wahrscheinlich tuberkulöser Natur. Diese Wahrscheinlichkeitsdiagnose könnte eine Stütze erfahren, wenn Blasenschwäche oder Lähmung der Beine (sensible oder motorische) dazukommen würden; ebenso, wenn infolge Konsumption eines Wirbelkörpers ein Dornfortsatz aus der Reihe hervorträte. Auch ohne einen solchen spitzwinkligen Gibbus ist eine Spondylitis anzunehmen, falls die Wirbelsäule in den unteren Partien bei der Rumpfbeugung oder seitlichen Rumpfneigung steif bleibt oder beim Gehen die seitlichen Pendelbewegungen der Lendenwirbelsäule ausbleiben (Schmerzhemmung). Der Prozeß dürfte von den Wirbelringen ausgehen und nicht von den Wirbelkörpern, weil nur die hinteren Nervenwurzeln betroffen erscheinen. — Auch ein Knochentumor oder ein kleiner intravertebraler Tumor, von der Dura ausgehend, kann das geschilderte Krankheitsbild hervorrufen. Doch trifft das wegen des Fiebers hier nicht zu. — Große Empfindlichkeit beim Druck auf die Oberschenkel- und Wadenmuskeln würde obige Diagnose widerlegen und an eine multiple Neuritis denken lassen; allerdings wäre dann das wochenlange Fieber etwas Ungewöhnliches. — Therapeutische Vorschläge: Eisbeutel oder Kühlschläuche an den unteren Brust- oder oberen Lendenwirbeln, Ruhigstellung derselben durch zwei seitliche Sandsäcke und reichlich Anodina (z. B. Amidopyrin 0.3, Morphin. mur. 0.02; früh und abends je zwei Pulver innerhalb einer halben Stunde); zehn Blutegel an der bezeichneten Stelle des Kreuzes. Wenn sich der Schmerz etwas beruhigt hat, Heliotherapie durch Monate hindurch; später ein Mieder.

Reg.-Rat Prof. Dr. S. **Erben**, Wien.

Ad 322. Vielleicht handelt es sich um einen sich zeitweise entleerenden und wieder sich schließenden Darmabszeß.

Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 322. Ist beginnende Tabes auszuschließen? Diese äußert sich oft durch hartnäckige Ischias. Dr. L. **Wolff**, Wiesbaden.

Ad 324. Zur Lyssa-Ätiologie. In den Bereich der Vorurteile gehört die verbreitete Ansicht, daß die Lyssa beim Hunde infolge der heißen Jahreszeit oder infolge des Durstes spontan entstehen könnte. Niemals gelang es experimentell durch Einwirkung dieser Schädlichkeiten Lyssa hervorzurufen, und sobald in einer lyssafreien Gegend die Hundswut aufgetreten war, so konnte immer einwandfrei nachgewiesen werden, daß sie durch den Biß eines wütenden Hundes entstanden war. In den Annales de l'Institut Pasteur vom 25. Jänner 1894 findet sich ein diesbezüglicher interessanter Bericht von Dr. Goldschmidt über eine Lyssa-Epidemie bei Hunden auf Madeira. Obwohl auf dieser Insel 12.000 (!) Hunde sich frei herumtrieben und bezüglich der Ernährung sich selbst überlassen waren,

sah man nie Hundswut bis zum Jahre 1892. Erst Mitte Juni 1892 trat eine bisher unbekannte Krankheit unter den Hunden auf, an welcher 300 Hunde eingingen. Die Untersuchung ergab, daß es sich um Lyssa handelte. Als Ursache der Epizootie ergab sich, bei genauerer Nachforschung, daß ein am 8. Mai 1892 aus Lissabon nach Madeira importierter Hund am 23. Juni nach acht Tagen Krankheit an Lyssa verendet war. Die Weiterverbreitung dieser Krankheit erfolgt nur durch den Biß wutkranker Tiere, in deren Speichel das Kontagium enthalten ist. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 325. Bei Urtikaria erzielte ich sehr gute Erfolge mit Klimasan. Ich verwandte dieses Mittel in der Annahme, daß die Urtikaria auf einer besonderen Reizbarkeit des Sympathikus beruht, welche ganz allgemein durch Klimasan in deutlichster Weise herabgesetzt wird. Ich wäre für eine Mitteilung dankbar, ob auch im vorliegenden Falle diese Medikation Besserung bewirkt habe. Prof. Dr. J. **Halban**, Wien.

Ad 325. Versuchen Sie die Eigenblutbehandlung nach Nourney: 2 cm³ aus der Vena cubitalis intrakutan reinjiziert, eventuell alle 14 Tage bis 4 Wochen. Dr. L. **Wolff**, Wiesbaden.

Ad 325. Handelt es sich hier nicht um eine Dermatitis herpetiformis Duhring? Regelmäßige Kamillenklistiere, Arsen, am besten Solarsoninjektionen, zugleich Quarzlampenbestrahlungen. Sollten die Rezidive nicht ausbleiben, Auswaschen des Organismus mit Normosallösung (½ l) nach vorhergehender Blutentnahme von 150 bis 250 cm³. Als ultima ratio Eigenblutseruminjektion von 10 bis 20 cm³ an drei bis vier Tagen. Der Juckreiz wird mit Menthol-Tumenol-Schüttelmixtur beseitigt. Dr. **Fecht**, Weizen.

Ad 326. Rasierpinsel desinfiziert man durch gründliches Durchfeuchten mit Spiritus saponato-kalinus und Nachspülen mit warmem Wasser. Dr. J. **Erdös**, Rakosszentmihaly.

Ad 329. Adenoide Wucherungen, die sich nur durch Schnarchen kundtun und dem Kinde sonst keinerlei Beschwerden verursachen, sollten eigentlich nicht operiert werden, da der operative Eingriff (abgesehen von manchen auch bei geübter Hand vorkommenden unangenehmen Zwischenfällen) nicht immer die Sicherheit einer Besserung gibt. Zum Eingriff entschließe man sich nur, wenn die Nasenatmung sehr stark behindert ist, wenn häufige Mittelohrentzündungen auftreten, und wenn Sprache und Gesichtsausdruck sich stark verändern. Dr. J. **Oberhard**, Stanislau.

Ad 332. Anfälle von Fieber und Schleimdiarrhoe. Es erscheint mir nicht wahrscheinlich, daß die geschilderten Anfälle in einem kausalen Zusammenhang stehen; daher ist es auch unmöglich, eine Vermutungsdiagnose zu stellen. Dozent Dr. E. **Nobel**, Wien.

Ad 334. Prophylaktische Tuberkulinbehandlung. Gemäß meinen Ausführungen in der Ges. d. Ärzte in Wien vom 17. November l. J. (erscheint demnächst ausführlich in der Med. Klinik) würde ich den mit Bronchialdrüsentbc. behafteten 11jährigen Knaben schon jetzt vorbeugend im Sinne einer Krankheitsprophylaxe mit Tuberkulin behandeln. Wichtig ist eine konsequente, eventuell jahrelang fortgeführte Kur mit Kontrolle der Tuberkulinempfindlichkeit von Zeit zu Zeit. Die Ponndorfsche Methode kann als undosische Tuberkulineinverleibung Schaden stiften. Ich halte auf Grund meiner Erfahrungen die durch eine konsequente Tuberkulintherapie erreichte und beim Kinde besonders über die Pubertät hinaus erhaltene Tuberkulinfestigung des Organismus gegen die ja im wesentlichen gleichartigen Gifte des Tuberkelbazillus für bedeutungsvoll im Kampfe gegen die Tuberkulose. Durch eine starke Herdreaktion kann eine Verschlechterung ein-

treten. Dieselbe läßt sich bei der „einschleichenden“ Methode sicherer vermeiden als beim Ponndorf. — Eine spezifische Therapie bei der noch gesunden Schwester käme nur dann in Betracht, wenn sie sich auch als infiziert erweist, was am besten mittels der Mendel-Mantoxschen Probe festgestellt wird, und wenn eine weitere Gefährdung des Kindes durch das Zusammenleben mit der tuberkulösen Schwester nicht zu vermeiden ist. Die Ergebnisse derartiger prophylaktischer Kuren (nur im Sinne einer Krankheits- und nicht einer Infektionsprophylaxe!) bei tuberkulosegefährdeten Kindern sollten mit Rücksicht auf die große volkshygienische Bedeutung der Frage mitgeteilt werden. Ich bin bereit, durch Vermittlung der „Ars Medici“ derartige Mitteilungen behufs Anlegung einer Sammelstatistik entgegenzunehmen. Dr. M. **Weiss,** Facharzt f. Lungenkrh., Wien.

Ad 335. **Idiosynkrasie.** Hier liegt wohl eine durch das Klimakterium bedingte interne Urtikaria vor. Versuch mit Suprarenin kombiniert mit Ovarialpräparaten oder dem Halbanschen Klimasan. Dr. **Fecht,** Weizen.

Ad 338. **Amyotrophische Lateralsklerose.** In diesem Stadium ist wohl nicht mehr viel zu machen. Mechanische Behandlung ist eher schädlich; Massage und Elektrotherapie z. B. bedeuten in derlei Fällen eher eine Gefahr; höchstens ganz vorsichtige Galvanisation ist erlaubt, doch ist der Nutzen mehr als fraglich. Ernährung (Vorsicht dabei wegen der Schluckstörung!) und Ruhe sind viel wichtiger. Es wäre immerhin von Wesenheit noch nachzusehen, ob keine Lues im Hintergrunde ist; sie spielt bei den zentral bedingten Amyotrophien keine ganz geringe ätiologische Rolle; ihr Vorhandensein böte noch vielleicht einige therapeutische Aussichten. Keinesfalls werden geringe Joddosen schaden, wenn keine kontraindizierende (z. B. thyreogene) Komplikation vorliegt.
Prof. Dr. E. **Stransky,** Wien.

Ad 339. **Kaktus bei Herzsymptomen.** Es handelt sich hier um die Blütenessenz von Cactus grandiflorus (Königin der Nacht). Das Mittel wurde 1848 von Dr. Rocco-Rubini (Neapel) eingeführt. Indikationen: Organisches und nervöses Herzklopfen, Endokarditis, Perikarditis, Vitien, Kompensationsstörungen (Dilatation, Hypertrophie), Stenokardie, Basedow-Herz, Stauungen im Pfortadergebiet. Nur die Blütenessenz (daher zu verordnen: e floribus!) ergibt gute Präparate. Ausführliche Angaben finden Sie in dem Werke „Traité élementaire de matière médicale et de thérapeutique positive“ par le Dr. P. Jousset, Paris 1884. Baillière et fils.
Dr. H. **Balzli,** Stuttgart.

Ad 341. **Fußpflege.** Siehe „Leitfaden der Kosmetik für Ärzte“ von Prof. Dr. F. Juliusberg, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin 1922.
Dr. H. **Balzli, Stuttgart.**

Ad 343. **Homosexualität und Heirat.** Wenn nicht andere Motive (Freundschaftsrelation, Versorgung usw.) zur Eheschließung vorliegen und im konkreten Falle auf die sexuelle Seite der Ehe überhaupt noch Wert gelegt wird, so sind die Auspizien für diese Ehe wohl sehr ungünstig. Selbst wenn es dem Manne gelingen sollte, durch homosexuelle Phantasien den heterosexuellen Verkehr durchführen zu können, so besteht diese Möglichkeit gewiß nur für kurze Zeit. Nur der beiderseitige Verzicht auf den Koitus und seine Entsagung bezüglich homosexueller Betätigung, was ja in diesem Alter schon durchführbar wäre, würde eine Art von ehelicher Gemeinschaft möglich machen. Jedenfalls müßte die Frau vorher vollkommen orientiert werden.
Dr. W. **Neutra,** Facharzt f. mediz. Psychologie, Baden bei Wien.

Ad 344. **Thyreoidin-Tabletten.** Das zufällige Experiment spricht für die Annahme eines unwirksamen, also unbrauchbaren Präparates. Nur aus

schlachtfrischen Organen mit den zur Konservierung unbedingt erforderlichen Zusätzen hergestellte Extrakte können die dem betreffenden Mittel zukommende gewünschte Wirkung gewährleisten. Je nach Zubereitungsart, Sterilisierungsweise und Lagerzeit ist die Haltbarkeit und Zuverlässigkeit auch bei Herkunft aus angesehenen Fabriken sehr verschieden. Nichtsdestoweniger gibt es erfreulicherweise genug organische Präparate, die durch ein besonderes Verfahren vor schädigenden Zersetzungen ausreichend geschützt relativ lange Zeit voll wirksam bleiben.
Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Kotzmann.

Ad 345. Lues und thyreogene Erscheinungen. Ein Zusammenhang zwischen der Lues und dem supponierten Hyperthyreoidismus kann in dem Falle nicht bestehen, da ja die Infektion eine ganz frische war (keine Drüsenschwellungen, Wassermann negativ). Von einer Schilddrüsenschädigung durch Quecksilber ist mir nichts bekannt. Dagegen könnte der Symptomenkomplex — heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Zittern der Hände, zeitweise heftige Schmerzen in den Gliedern — auch durch Neosalvarsan, respektive Arsen verursacht sein, wofür zwei Momente sprechen: 1. der vor einem halben Jahre durchgemachte Icterus catarrhalis (Leberschädigung!) und 2. die Art der Neosalvarsankur: zu kleine Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen (drei, dann fünf Tage). Bei bestehender Hyperthyreose ist die Lues ungemein vorsichtig zu behandeln, auch wenn eine Abortivkur notwendig wäre Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Ad 347. Quenselsche Sedimentfärbemethode. Die Methode wurde von Prof. Ulrik Quensel (Upsala) in einer sehr ausführlichen lesenswerten Arbeit „Untersuchungen über die Morphologie des organisierten Harnsediments bei Krankheiten der Nieren und der Harnwege und über die Entstehung der Harnzylinder" im Nord. Med. Ark., Bd. 50, II., 1918 (in deutscher Sprache) angegeben. Die Methode wurde unter anderen von Posner nachgeprüft und besprochen (Berl. kl. W. 1918, 38, und Ztschr. f. Urol. 1920, 3). Die sehr schwierig herzustellenden Farblösungen sind nach einem mir vorliegenden Prospekt von der „Labag", Laboratoriums-Ausrüstungsgesellschaft, Berlin NW 40, Platz vor dem neuen Tor 1 a, fertig zu beziehen. Das Wesen der Methode besteht darin, daß die Fixation der Objekte durch ein Schwermetallsalz (Kadmiumchlorid), das nach A. Fischers Auffassung ein „Ersticken des Plasmas" zur Folge hat, und daher im Gegensatz zu den meist gebräuchlichen koagulierenden Fixationsmitteln die Zellstruktur weniger alteriert, — mit der elektiven Färbung der Elemente (Methylenblau-Sudan III.) vereinigt wird. — Quensel wollte vor allem durch gleiche Färbebehandlung von Nierenstücken und Sedimenten die Herkunft der einzelnen im Sediment vorkommenden morphologischen Bestandteile nachweisen. Das ist ihm nur zum Teil gelungen. Das Verfahren gestattet vor allem, die Zylinder und präzylindrischen Gebilde schärfer sichtbar zu machen, die verschiedenen Zylinderarten sind durch die Intensität der Färbung gut charakterisiert, anhaftende Elemente sind gut erkennbar. Doch ist gerade die Identifizierung der sekretorischen Nierenepithelien, die meines Erachtens für die Diagnostik der Nierenerkrankungen von besonderer Wichtigkeit wäre, auch nach dieser Methode oft mit großen Schwierigkeiten verbunden. Dr. E. **Kornitzer**, Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 349. Skabies. Ein billiges, sicheres und schnelles Mittel für Krätzenbehandlung sowohl in wie außer dem Krankenhaus bietet die sogenannte Krätzekur nach Lundlager dar:

Rp:		
	Liqu. ammon. caust.	20.0
	Sulfur. sublimat.	30.0
	Ol. Rapae	90.0

M. D. S. Am Abend einzureiben, am folgenden Morgen mittels heißen Seifenwassers abzuwaschen. Eine einmalige Einreibung genügt in den meisten Fällen. Dr. K. **Augensen,** Vega, Norwegen.

Ad 351. Asthma bei einem Kinde. Das anfallweise Auftreten der erschwerten Exspiration spricht für Asthma bronchiale. Der Anfall kann fast immer kupiert werden durch eine Injektion von Asthmolysin (Firma Kade, Berlin; ¼ bis ½ cm^3 subkutan). Nach dem Anfalle wären Kalkpräparate längere Zeit hindurch zu geben, z. B. Calcium-lacticum-Kompretten, à 0.5, drei bis sechs Stück täglich. Die Diät soll mehr eine vegetabile sein. Eier sind zu meiden; Fleisch nicht öfter als zweimal wöchentlich. Für den Sommer wäre ein Aufenthalt im Gebirge oder an der Ostsee angezeigt.

Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 353. Scheuerung durch eine Zahnprothese. Derartiges kommt vor. Sollte sich das Geschwür bei Nichttragen der Prothese und Tuschieren mit 8% Zinkchloratlösung nicht nach einigen Tagen epithelisieren, so wäre nach einer konstitutionellen Ursache zu forschen.

Dr. P. **Berger,** Zahnarzt, Wien.

Ad 357. „Coryza nervosa“, mit Anfällen von Nießen; Tränenträufeln und Ausscheidung eines reichlichen wässerigen Sekretes im dritten Schwangerschaftsmonat aufgetreten, bedeutet eine lokale Manifestation der allgemeinen Schwangerschaftsplethora und Schwangerschaftsdyskrasie. Neigung zu Katarrhen aus dieser Ursache finden wir auch sonst am Körper, wie z. B. den Fluor der Graviden und den Stauungskatarrh des Magens. Neben einer lokalen Therapie (z. B. Mentholöl) ist auch eine gegen die Schwangerschaftsplethora und Schwangerschaftsdyskrasie gerichtete Allgemeinbehandlung nötig. Diese besteht aus ein- bis zweimaligem Aderlaß von ¼ l Blut, Ableitung auf den Darm durch Glaubersalz (10 g Natrium sulfur. siccum auf ¼ l lauwarmes Wasser gelöst morgens nüchtern), ferner Anregung der Hauttätigkeit durch Hydrotherapie, nötigenfalls auch Schwitzbäder. Als ein gegen die Schwangerschaftsbeschwerden gerichtetes Spezifikum kann man noch Natr. nitr. (Salpeter), dreimal täglich eine Messerspitze, hinzufügen. Die Prognose ist günstig. — Näheres über das Thema: Arch. f. Gyn. 1923, Ber. üb. d. Kongreß d. deutsch. Ges. f. Gyn. in Heidelberg. Dozent Dr. B. **Aschner.** Wien.

Ad 358. Ablaktation. Wenn die Entwöhnung, was beim gesunden Kinde die Regel sein soll, im sechsten bis siebenten Monate begonnen wird, so ersetzt man zuerst die Mittagsmahlzeit durch eine Suppe und einige Tage später durch Suppe und etwas Gemüse. Die Suppe wird aus Fleisch oder Knochen oder Suppengrün mit Einlage von 15 bis 20 g feinem Gries oder weichgekochtem Reis oder Sago und einer Messerspitze Salz gekocht und mit dem Löffel gegeben. Die Gemüse (Spinat, Karotten, Kochsalat, Karfiol, später auch Spargelköpfe, Kartoffelbrei, Kohl usw.) werden vor dem Kochen nur mit kaltem Wasser gewaschen. Nach dem Weichkochen wird das Kochwasser, das einen Teil der so wichtigen Mineralien enthält, eingeengt und zum Durchpassieren benützt. Zusatz von etwa 5 g Butter. Die Gemüse werden nur in Püreeform, anfangs in der Menge von ein bis zwei Kaffeelöffeln, gegen Ende des ersten Lebensjahres von drei bis fünf Eßlöffeln gereicht. — Etwa ein bis zwei Wochen nach Beginn der Entwöhnung wird die Abendmahlzeit durch einen Brei ersetzt, der aus 150 bis 200 g Milch mit 15 bis 20 g Gries, Mondamine, Reis oder Zwieback hergestellt wird. — In je achttägigen Pausen werden dann die übrigen drei Brustmahlzeiten durch Flaschenmahlzeiten ersetzt, z. B. je 200 g aus ²/₃ Milch und ¹/₃ Mehlabkochung, dazu 10 g Zucker; später auch Vollmilch. — Vom achten Monat

ab womöglich täglich ein bis zwei Kaffeelöffel, später ein bis zwei Eßlöffel Obstsaft, Apfelmus u. dgl. **Die Red.**

Ad 359. Nephrose im Kindesalter. Wenn es sich tatsächlich um eine unkomplizierte chronische Pädonephritis handelt, ist zur Bekämpfung des Aszites eine Art Schrotsche Durstkur (geringe Flüssigkeitsmengen, Semmel- und Gemüsediät) bei Weglassung aller Diuretika und Einschränkung der Na Cl-Zufuhr meiner Ansicht nach in erster Linie heranzuziehen. Zweckmäßig wäre es vielleicht, drei Tage lang die Durstkur und dann wieder drei Tage lang die diuretische Kur abwechselnd durchzuführen.

Reg.-Rat Dozent Dr. C. **Hochsinger,** Wien.

Ad 360. Wadenkrämpfe. Siehe „Ars Medici" 1922, S. 283 und 379.
Die Red.

Ad 362. Technik der Meinicke-Reaktion.

I. Die dritte Meinicke-Reaktion (D. M.).

a) Die Sera werden ¼ bis ½ Stunde bei 55° inaktiviert. b) Extraktverdünnung (Extrakte sind käuflich beziehbar in der Adler-Apotheke in Hagen i. W.): Das für die Versuche nötige Extraktquantum wird mit der halben Menge Aqu. dest. verdünnt und eine Stunde bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Hierauf fügt man rasch die siebenfache Menge 2%iger Kochsalzlösung zu und mischt gut um (z. B. 2 cm³ Extrakt + 1 cm³ Aqu. dest. + 14 cm³ Kochsalzlösung). Zeigt die Extraktverdünnung Neigung zu Eigenflockung, so nimmt man etwas mehr Aqu. dest., z. B. auf 2 cm³ Extrakt bis zu 1.3 cm³ Wasser. c) Ausführung des Versuches: Zu 0.2 cm³ Serum gibt man 0.8 cm³ der frisch bereiteten Extraktverdünnung, schüttelt gut durch und stellt die Röhrchen für einen Tag in den Thermostaten. Das Ergebnis wird am nächsten Tage mit der Lupe abgelesen. Negative Sera zeigen keine Flocken. Positive Sera zeigen eine mehr oder weniger starke Flockung, deren Intensität man protokolliert.

II. Meinickes Trübungsreaktion (M. T. R.).

Ihre Vorzüge sind: a) Verwendung cholesterinfreier Balsamextrakte. b) Wegfall des Inaktivierens der Sera. c) Durchführung der Versuche bei Zimmertemperatur, so daß kein Thermostat benötigt wird.

Technik: 1. Der Balsamextrakt wird mit der zehnfachen Menge 3%iger Kochsalzlösung rasch vermischt. Vor dem Mischen werden der Extrakt und die Kochsalzlösung in einem Topf mit warmem Wasser von etwa 45° durch zehn Minuten vorgewärmt. Es wird stets gleichzeitig mit zwei Extrakten, einem dichteren und einem dünneren, gearbeitet; der dichtere bringt besser die stark positiven Sera heraus, der dünnere besser und oft ganz allein die schwach positiven. Beide Extrakte — von Meinicke geprüft — können immer zusammen von der Adler-Apotheke in Hagen i. W. bezogen werden. 2. Ehe man die Extrakte mit der Kochsalzlösung mischt, müssen alle Sera fertig pipettiert sein, damit die Extraktverdünnungen rasch zugegeben werden können. Für jedes Serum werden vier Reagenzröhrchen aufgestellt und in jedes kommen 0.2 cm³ gut zentrifugiertes Serum. Dem zweiten und vierten Röhrchen, die als Kontrollen dienen, fügt man außerdem einen Tropfen einer 1:5 verdünnten Formalinlösung zu und läßt diese ungefähr eine Viertelstunde einwirken. Hierauf fügt man zu Röhrchen 1 und 2 je 1 cm³ der dichteren und zu Röhrchen 3 und 4 je 1 cm³ der dünneren, vorher vorbereiteten und angewärmten Extraktverdünnung hinzu, schüttelt gut durch und läßt die Proben eine Stunde bei Zimmer-

temperatur stehen. 3. Ablesung: Das Ergebnis wird mit bloßem Auge abgelesen, indem man aus etwa 2 m Entfernung gegen ein helles Fenster sieht. Ist in allen Röhrchen die Flüssigkeit klar, durchsichtig und leicht opaleszierend geblieben, so ist die Reaktion als negativ zu bezeichnen. Sind in den beiden Hauptröhrchen (1 und 3) die Sera mehr oder weniger stark getrübt, die Kontrollröhrchen mit Formalinzusatz (2 und 4) dagegen klar, so ist die Reaktion positiv. Zeigt nur das Hauptröhrchen, das mit dem dünneren der beiden Extrakte angesetzt wurde, allein eine schwache Trübung, so gilt die Reaktion als schwach positiv oder bei ganz leichter Trübung nur als verdächtig. Bei einiger Übung wird man später auf das Ansetzen der beiden Kontrollröhrchen (2 und 4) verzichten können; auf das gleichzeitige Arbeiten mit zwei Extrakten soll jedoch nicht verzichtet werden.

Dr. F. **Reines-Lemberger,** Med.-diagnost. Laborator., Wien.

Ad 365. Quantitativer Zuckernachweis. Siehe diese Nummer Seite 574. **D. Red.**

Medikamente.

Das Aspirin wird von verschiedenen Seiten (Fiessinger, Baccarini) hinsichtlich seiner vielfachen Verwendung geradezu als Familienarznei energisch bekämpft. So soll es bei Grippeepidemien viel geschadet haben, da es lediglich temperaturherabsetzend wirkt, ohne die Infektion selbst zu treffen, welche in dem widerstandsloseren Körper einen leichteren Angriffspunkt findet; Kollaps ist dann nicht selten die Folge. Leichte Influenza- oder Anginafälle verlaufen unter Aspirin viel träger und ziehen sich hin. Auch der akute Gelenkrheumatismus ist kein sehr dankbares Objekt für das Aspirin und wird besser durch Natrium salicylicum kupiert. Bei Nierenleiden ist Aspirin nicht ohne Gefahr und kann auch schon in den gewöhnlichen, kleinen Dosen Urämie herbeiführen. Desgleichen verträgt auch ein geschwächter oder erkrankter Magen das Aspirin schlecht. (Journal des practiciens Nr. 5 von 1923 und Riforma medica vom 17. September 1923.)

Ein so abfälliges Urteil über ein allgemein beliebtes Medikament ist begreiflicherweise nicht unwidersprochen geblieben. So setzte sich beispielsweise Philippi in Perugia warm dafür ein und auch das Giornale di clinica medica vom 10. Oktober 1923 glaubt, daß die Gegner des Aspirins zu weit gehen, da den wenigen Fällen, wo eine Überempfindlichkeit des Patienten oder ein minderwertiges Präparat vorlag, unzählige andere gegenüberstehen, in denen Aspirin glänzend wirkte.

Calcophysin ist ein in Ampullen geliefertes Präparat, welches 10% Calcium chloratum und eine Mischung von Hypophysen- und Testesextrakt enthält. Es dient zur Behandlung aller Arten von Uterusblutungen ohne palpatorisch feststellbare Veränderungen am Genitale. Bock (Univ.-Frauenklinik, Charité, Berlin) erzielte damit sehr gute Erfolge, nur bei klimakterischen Blutungen kamen Versager vor. Man injiziert am ersten Tage eine Ampulle (à 2.5 cm^3) venös, am zweiten und dritten Tage je zwei Ampullen ebenso. Nach der zweiten Injektion werden die Blutungen schwächer, nach der dritten sistieren sie meist ganz. Nur selten war eine vierte Injektion notwendig. Die Injektionen sind an der liegenden Kranken ganz langsam zu verabfolgen. — Erzeuger: Dr. Freund & Dr. Redlich, Berlin-Adlershof. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 38, 1923.)

Limosal, ein neues perkutanes Antirheumatikum (Chinoinwerke), das als wirksamen Bestandteil salizylsauren Bornylester enthält, fand W. Schulhof (Heviz) in achtzig Fällen den meisten übrigen Salizylestern (Mesotan, Glykosal, Rheumasan, Salen usw.) überlegen. Das Mittel wird gut resorbiert (Salizylreaktion im Harn mit Eisenchlorid), reizt die Haut nicht, hat keinen intensiven Geruch und macht keine Flecken. (Magyar Orvos Nr. 4, 1923.) — Über sehr gute Erfahrungen mit Limosal bei Rheumatismus, rheumatischen Neuralgien, Tendovaginitiden und Bursitiden berichtet auch Farago (Budapest): Starke Salizylwirkung, keine Hautreizung, angenehmer Geruch. Applikation unter Mullverband in leichten Fällen nur nachts, bei schwereren Fällen auch tagsüber zwei- bis dreimalige Einreibung. Jedesmal mit Mullbinde bedecken, vor jeder neuen Applikation die Reste des Medikamentes mit warmem Seifenwasser entfernen. (Ther. d. Gegenw., Nr. 11, 1923.)

Santoperonin, ein neues Wurmmittel, ist ein Benzolderivat (Naphthalinlaktonoxyphenolat) verbunden mit 37% Kupfer. Erwachsene nehmen täglich dreimal 0.03 g, Kinder dreimal 0.01 g in Tabletten oder als Pulver nach dem Essen, sehr zweckmäßig mit Magnesia usta gemischt. Diese Dosis wird fünf Tage lang genommen, dann acht Tage ausgesetzt, dann die Kur wiederholt, worauf nach Linden (Neuhaus) stets Parasiten und Eier vollkommen entfernt waren. Nicht nur bei Oxyuren und Askaris, sondern auch bei Bandwurm erzielte er diese Erfolge. Während der Kur sind saure Speisen möglichst zu meiden, ebenso Kalomel und Phenolphtalein; letztere beiden Präparate erübrigen sich auch, da das Santoperonin zugleich abführend wirkt. — Erzeuger: Orbis-Werke in Braunschweig. (D. m. W. Nr. 40, 1923.)

Thiosapol ist ein neues Steinölpräparat, dem Ichthyol verwandt, doch ist im Thiosapol der Schwefel erhalten. Ferner ist es gelungen, das Präparat durch Verseifen des Öles wenigstens so weit wasserlöslich zu gestalten, daß es aus der Wäsche leicht ausgewaschen werden kann. Die wirksamen Bestandteile des Mittels sind: 1. Steinöl, 2. Schwefel, 3. Sapo kalinus. — Das Präparat wirkt daher antiparasitisch, keratolytisch, antiseborrhoisch (8% Schwefelgehalt) und vasokonstriktorisch-entzündungswidrig. W. Joseph (Prof. Josephs Poliklinik, Berlin) erzielte ausgezeichnete Erfolge damit bei Pityriasis rosea, Skabies, Pedikulosis, Erysipeloid, Furunkulose, Impetigo, Perniones, Epididymitis gonorrhoica und weiblicher Gonorrhoe. — Das Mittel kommt in drei Formen in den Handel: Thiosapolum purum ist eine braune dickflüssige Substanz; Thiosapolsalbe, weiß, mit Vaselin hergestellt; Thiosapolum liquidum ist flüssig und eignet sich besonders zur Tamponbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. — Erzeuger: Tiroler Ölwerke in Reutte. (D. m. W. Nr. 35, 1923.)

Notizen.

Gute Bücher.

„Medizinische Spezialitäten." Von Dr. pharm. Max Schürer. Verlag A. Hartleben, Wien—Leipzig 1923 (Chem.-techn. Bibliothek, Bd. 36, V. Auflage), Grundpreis geh. 4.—. Ein praktisches, für jeden Arzt heute fast unentbehrliches Nachschlagebüchlein, welches die Zusammensetzungen und Indikationen aller neueren Spezialitäten und Geheimmittel enthält. Fast bei allen ist auch die Adresse der Erzeuger angegeben.

Druckfehlerberichtigung. In „Ars Medici" Nr. 10, 1923, S. 480, zwölfte Zeile von unten, statt 6% lies richtig 60%.

Mitteilungen des Verlages.

Bezugspreis pro 1924, ganzjährig, portofrei, im Voraus einzahlbar: Für Österreich-Ungarn, Deutschland und Polen ö. *K* 36.000.— *; č. *K* 30.—, Lire 15.—, Dinar 50.—, Lei 150.—, schweiz. Frcs. 8.—, französ. Frcs. 12.—, schwed. Kr. 6.—, dän. Kr. 8.—, norw. Kr. 8.—, holl. fl. 4.—, Schilling 6.—, Dollar 1.50, finn Mk. 30.—, Lewa 100.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1923, soweit vorrätig): K 36.000.—, č. *K* 30.—, Dinar 50.—, Lire 18.—, Lei 180.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 15.—, schwed. Kr. 6.—, dän. Kr. 8.—, norw. Kr. 8.—, holl. fl. 4.— Dollar 2.—.

Leineneinbanddecken 1923 und früherer Jahrgänge *K* 8000.—, č. *K* 5.—, Frcs. 1.—, skand. *K* 1.—, holl. fl. —.50, Cents. —.20.

Englische Ausgabe der „A. M." (erscheint seit Jänner 1923): Ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—, ö. *K* 70.000.— , č. *K* 40.—, Dinar 100.—, schweiz. Frcs. 8.—, franz. Frcs. 25.—, Lire 30.—, holl. fl. 4.—, skand. *K* 10.—, Lei 300.—. Probehefte gegen Portoersatz.

---

* **Zahlungen** aus **Deutschland, Polen** und **Ungarn** können auch in Mark, bzw. u. K, zum Tageskurse umgerechnet, an unsere dortigen Zahlstellen erfolgen. Zahlungen aus dem **übrigen Auslande** werden nur in der betreffenden Landesvaluta entgegengenommen, da wir das Blatt an die valutaschwachen Länder unter den Gestehungskosten liefern.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4963. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.062. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. **Holland:** Post-Giro-Konto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. Postscheck-konto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Oesterreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.858. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz. — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13.868. — **Ungarn:** Postschekkonto in Budapest Nr. 27.510. — Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.

Ars Medici.

Inhaltsverzeichnis 1923.

Allgemeine Medizin.

NB. Die Schlagworte des Inhaltsverzeichnisses beziehen sich oft nicht nur auf den fettgedruckten Titel, sondern auf den Text der betreffenden Seite Schlagworte, die unter der lateinischen Bezeichnung nicht gefunden werden sind unter dem deutschen Namen zu suchen.

Aus der Praxis.

Medikamente.

Instrumente und Apparate.








INSULIN-CHEMOSAN
WORTSCHUTZMARKE

243106

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei C. Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

